العيادة السرية

تأليف

الدكتور

محمد كامل برادة

الطبيب الخاص لوزارة المعارف العمومية
في الأمراض الجلدية والزهرية

[الطبعة الأولى]
مطبعة دار الكتب المصرية بالقاهرة
١٣٤٥ هـ — ١٩٢٧ م



العبادة السرية

تأليف

الدكتور

محمد كامل براده

الطبيب الخاص لوزارة المعارف العمومية

فى الأمراض الجلدية والزهرية

[الطبعة الأولى]

مطبعة دار الكتب المصرية بالقاهرة

١٣٤٥ هـ — ١٩٢٧ م

فهـــرس الكتاب

صفحة

القسم الثـانى — السيلان عند الرجال

صفحة

صفحة

صفحة

الجزء الثانى — الأحوال الاجتماعية والادارية

فهـــرس اللوحات

نمرة اللوحة | صفحة

فهرس اللوحات

تمهيـــــد

الغرض من هذا الكتاب هو إعطاء معلومات مفيدة مختصرة حديثة للأطباء المبتدئين فى الأمراض الزهرية ولكن طرق العلاج واصطلاحاته إنما هى نتيجة مباحث شخصية على أحدث الطرق ولذلك استلزمت الإيضاح والتفسير للأطباء الذين يلزمهم أن يفهموا وصف هذه الأمراض ليتمكنوا من شرح ذلك للعامة فى عياداتهم الخصوصية وقد قسمت كتابى هذا الى قسمين :

(الأول) وهو القسم الطبى به وصف الأمراض والعلاج الحديث للزهرى والسيلان .

(والثانى) مختص بالاجراءات الاجتماعيـة والادارية التى اتخـذت أو يجب اتخاذها لمكافحة هذه الأمراض ويوجد ضمن حواشى هذا الكتاب بيان خاص بما تحتاجه عيادة قسم الزهرى من أحدث التجهيزات وقد أشرنا أيضا بصفة خاصة الى الأشياء المهمة التى يجب على الطبيب معرفتها كما بينا بالحجج الطبية الأمور التى تتعلق بالاخطار الاجبارى (التبليغ) وبينا أيضا طريقة الاحتياط الشخصى لمنع العدوى أو إجهاضها فيرى من ذلك أن هذا الكتاب ذو نفع عظيم ونادر فى بابه .

إن مركز الأمراض الزهرية المقرر لها فى التعليم الطبى قد تغير كثيرا عن ذى قبل ولكن معرفة هـذه الأمراض وتدريسها كمرض خاص بشهادة خاصة لم يحن وقته بعد ولذلك يظن كثير من الناس بحق أن التعليم

ناقص من هذه الوجهة فى الدراسة الطبية وأن ذلك راجع للاعتماد على أن التلميذ يحصل على معلومات هامة فى الدائرة الطبية أثناء الدراسة للأمراض المختلفـة من الباطنيـة الى الجراحة ومن الجراحة الى العيون الخ فلا يكاد يمر يوم على التلميذ حتى يرى بعينى رأسـه ما يحدثه الزهرى فى مختلف الأقسام فيسمع كثيرا عن تأثير الزهرى فى مختلف الأشخاص أكثر مما يسمع عن تشخيص الأمراض واذًا يمكننا أن نوقن بأن التلميذ لا يكاد يقضى سنى الدراسة الطبية دون أن يكون عنـده معلومات عمومية خاصة بمـا يحدثه الزهرى فى أعضاء الجسم المختلفة من الأمراض ولكن مع الأسف لا يمكن أن يقال إن التلميذ فى هذه الدراسة يحوز قسما وافرا من المعلومات تؤهله لعلاج هذا المرض فى مبدئه الأولى حينما يكون الشفاء متيسرا .

ثم إن الاحساس والشعور منتشران بين العامة والخاصـة أيضا الآن بانتشار هذه الأمراض مع عدم توفر طرق العلاج الوافية .

لا شك أن هذا يجعلنا فى مركز رجعى فالأطباء فى هذه المسألة وراء الجمهور وكان الواجب أن يكون الجمهور وراء الأطباء . ويجب علينا أن نعلم الطبيب الطرق الجديدة والاجراءات الحديثة الموصلة لشفاء هذا المرض ولا يمكن ذلك فى الغالب إلا بتمرين خاص بعد انتهاء سنى الدراسة الطبية ويشهد لذلك ما قرره العلامة «نورس» بصدد هذه الأمراض ومصائبها وما يحدثه اسيلان فى النساء من الفتك العظيم والضرر الجسيم الناشئ عن انحـلال القوى وفقر الدم واصفرار اللون ممـا لا يحدثه ألد الأعداء للانسان فقال :

"لا شـك أنه لا يوجد مرض معروف للجامعة الطبية يسبب ألمـا وحزنا فى الحياة الحديثـة أكثر من السيلان" . وقد قال العلامة نيسر : "إن السيلان هو ثانى مرض منتشر فى الدنيا بعد الحصبة" .

" إن مضاعفاته تسبب فى بعض الأحوال الانتحـار الأدبى للأمم فالعقم والإجهاض عاملان قويان لتلاشى سكان أى أمة " .

إن عدد الوفيات الناشئ عن هـذا المرض لا يمكن إحصاؤه مباشرة ولكن مما لا شك فيه أنه كبير ففى معظم الأحوال تقيد الوفيات تحت عناوين أخرى فى الاحصائيات وذلك يسبب الشكوى من ضعف هذه الطريقة الاحصائية المتبعة لأنها تضيع علينا مستندات ثوية عن هذا المرض ، فالعلامة "نجاس" يقول : إن فى مدينة لندرا وحدها يوجد زيادة عن ١٠٪ من السكان مصابين بالزهرى ؛ وإحصاء آخر يقول : إن فى بريطانيا العظمى وحدها مائة ألف شخص يصابون سنويا بهذه الأمراض ويثبت صحة هذه النسبة مايوجد فى الولايات المتحدة بأمريكا من أن أكثر من ١٠٪ من السكان مصابون بهذه الأمراض ولم نقصد مطلقا بذكر هذه الاحصائية المبالغة أو التهويل بل بالعكس ربمـا زادت الأرقام عن ذلك .

هذا ممـا يزيد حكماءنا عناية ونشاطا لتحمل المسئولية المهمة المطلوبة منهم لمكافحة هذه الأمراض وعلاجها وتجعلهم ينتهزون كل فرصة يطلعون فيها على مستحدثات الطرق العلاجية لهـا فان ذلك خير سـلاح يقابل به هذا الوباء .

فالقسم الطبي من هذا الكتاب مختصر ومتين وقد جعلت فيه بابا خاصا بمرض السيلان عند النساء به كثير مما يلزم الطبيب الوقوف عليه وقد اجتهدت فى اختيار أحسن ما كتب فى ذلك ووضعته فى أكمل تنسيق وأضفت الى ذلك تجاربى فى السنين الكثيرة التى قضيتها فى ممارسة هذه الأمراض مع مراعاة أحوالنا وعاداتنا الشرقية وكل النظريات التى بهذا الكتاب هى النظريات المقبولة والمتفق عليها عند الجميع ولم أتعرض مطلقا لنظرية فيها شك أو جدل لأن هذا ليس محله .

وقد اجتهدت أيضا فى شرح الأمراض وعلاجها بطريقة مستوفية مع ما يهم الانسان من التأثيرات الاتباعيـة فى كل جزئية حتى إنه يمكن لأناس غير أطباء أن يقتنوا هذا الكتاب فان مكافحة هذه الأمراض لا تتأتى من الأطباء وحدهم بل تتأتى من الأطباء بمساعدة الجمهور، وان أى نظرية يفهمها الجمهور على عكس ما يقصد منها تكون شديدة الضرر والأذى فيلزمنا حينئذ أن ننبه الجمهور الى أن هذه الأمراض منتشرة فعلا انتشارا فظيعا ومسببة لأمراض كثيرة والى أن هنالك طرقا لإيقاف انتشار هـذه الأمراض وتقليل ضررها فعند ما يفهمها الجمهور لا نشك فى أنه لا يتأخر أى انسان عن مساعدة الطبيب .

الجزء الأول

الطبي

القسم الأول - الزهرى

مقدمة

إنه كلما بادر المريض بالحضور الى الطبيب لمعالجة نفسه وكلما بادر الطبيب بالتحقق من تشخيص المرض كان النجاح على الدوام حليفهما .

وأن الفحص عن الأسبيروشيت فى المصل من القرحة الزهرية بالفحص الميكروسكوبى بواسطة طبيب ممرن لا شك أنه يعطينا نتيجة إيجابية قبل ما نحصل على طريقة وازرمان الإيجابية فالدم والعلاج فى هذا الوقت مثمر وناجح ولكن من المحزن أن هـذه الفرصة الناقمة غير معتنى بها من الأطباء فكثيرا ما نلاحظ أن المرضى يحضرون الينا فى الدور الثانى مع أنه كان من السهل جدا تشخيص المرض فى الدور الأول فلا شك أنهم فقدوا وقتا ثمينا للعلاج والحصول على الشفاء الذى لا يحتمل إدراكه فى هذا الوقت .

فاذا كان الطبيب لايمكنه عمل الفحص الميكروسكوبى بنفسه فيمكنه أن يطلب مساعدة المختصين بذلك للفحص عن الاسبيروشيت فى المصل المأخوذ من القرحة و يمكنه أيضا أخذه بنفسه بصفة مثال (عينة) فى أنبوبة والاشتراك مع غيره ممن لهم دراية بهذه الأحوال وأنه من الصواب أن ينصح لمرضى الزهرى بالحضور فى عيادات الأمراض الجلدية لأن ذلك له فائدتان :

(الأولى) أنه ليس هنالك عار على أى شخص فى الحضور الى عيادة الأمراض الجلدية .

(الثانية) أن تشخيص مختلف الأمراض بواسطة علامات جلدية لايمكن الطالب أن يفهمه جيدا مالم يكن فى وسعه شرح الأمراض الجلدية . فالباحث النبيه يتعلم بسرعة كيف يلتقط تشخيص مرض من آخر وتقدير توزيعاته وتمييزه عن الأمراض الأخرى ومن الضرورى جدا أن يعلم الطالب أنه لا يلجأ الى الأبحاث الباتولوجية قبل ما يكون أفرغ جهده فى معرفة المرض بواسطة العلامات الظاهرة .

طريقة وازرمان — لا يمكن إنكار فائدتها عند ما تعمل بواسطة طبيب متمرن ولكن يلزمنا ألا ننسى أن نقابل نتيجتها بما هو موجود أمامنا من الأعراض و بالخصوص علاج الزهرى لا يمكننا أن نتقيد فيه بقاعدة ما فكل مريض يحتاج الى انتباه شديد ومنهج يختلف كثيرا عن غيره ومن السخافة الممقوتة جدا أن يتخذ الطبيب منهجا خاصا يجعله

قاعدة له لمداواة مرضاه فخير له ألا يداوى المرضى وخير للمرضى ألا يتداووا عنـــده .

إن طرق العلاج المذكورة هنا لا يمكن اتخاذها قاعدة ولكنها أسست بعـد تجارب كثيرة فى بلادنا هـذه ومستفادة من مقتطفات عن أقطاب مشهورين بهذه الأمراض فيمكن القارئ انتخاب ما يراه مناسبا لمريضه مع العلم بأنها دائمـا فى تغير نظرا للمستكشفات الحديثة .

الفصل الأول

وصف الزهرى وتشخيصه

الزهرى الأولى

التعريف — الزهرى مرض معد بواسطة اللمس وينتشر فى عموم الجسم ، وفى سنة ١٩٠٥ استكشف العلامتان شودن وهوف مان الاسبيروشيت بوليدا وأن العدوى تحصل غالبا من الجماع .

فالإنسان دائما صالح للعدوى وفيه قابلية لها وأن سلامة الانسان منها لا توجد .

نظرة عمومية فى الزهرى المكتسب

تظهر القرحة الزهرية بعد ما ينقضى دور الحضانة ومدة هذا الدور تختلف كثيرا ما بين عشرة أيام الى خمسة أسابيع وتمتد فى النادر الى ثلاثة أشهر من تاريخ التعرض للعدوى وهذه القرحة هى نتيجة مقاومة الأنسجة لمهاجمة الاسبيروشيت موضعيا وبعد مضى أسبوع من تاريخ ظهورها تتضخم وتتحجر الغدد الاغاوية المتسلطة على موضع القرحة ويعبر عن هذا التضخم بالخيرجل الزهرى وبعد مضى ستة أسابيع من تاريخ ظهور القرحة يظهر الزهرى بشكله الثانوى وهو التعميم وعلامات الزهرى الثانوى تظهر غالبا فى الجلد والأغشية المخاطية وفى المجموع العصبى وذلك بعد وقت يختلف كثيرا بين سنتين وثلاثين سنة .

تهلك الاسبيروشيت ولكن بعضها يبقى فى مواضع مختلفة من الجسم ومما يؤكد بقاء ذلك وجود وازرمان إيجابى مع عدم ظهور أو وجود أى علامات سطحية ظاهرية فى الجسم وفى هـذه الحالة يمكن رؤية نكسة زهرية فى أى موضع من الجسم بشـكل جامة (ورم صمغى) فى الجـلد أو النسيج الذى تحت الجلد أو الأغشية المخاطية أو الأعضاء ويعرف هذا عند بعضهم قديما بالزهرى الثلاثى .

إن تقسيم الزهرى الى أولى وثانوى وثلاثى لا يقصد منه إلا التعبير عن المدة التى مضت من تاريخ العدوى لأننا نرى الآن كل دور يندمج فى الذى بعده بدون أن يشعر المريض .

القرحة الأوليـــة

القرحة الأولية تبتدئ كنقطة التهاب محمرة وتتكون سريعا على شكل عدسة وسرعان ما تمتـد ويتقشر السطح الجلدى وفى أيام قليلة تتكون وتحجر وأن تكون التحجر فى ذاته هو القرحة الأولية .

وفى أغلب الأحيان نرى القرحة الأوليـة كتسلخ أو شق أو تقرح يسير يعطى قليلا من الصديد ويفقد درجة التحجر فى النادر .

القرحة الزهرية تكون عادة واحدة ولكن فى بعض الأحوال تتعـدد والظهور بهذا الشكل المتعدد إما أن يكون دفعـة واحدة وإما أن يكون فى أثناء الأسبوع الأول من تاريخ القرحة الأولى .

القروح المتعددة تظهر بنسبة ١٨٪ من مجموع الإصابات .

القرحة تشفى عادة فى مدّة أربعة أسابيع إلى ستة ولكن التحجر يكون له أثر يبقى فى موضع القرحة بضعة شهور وقد يبقى هذا الأثر فى النادر بضع سنين ومن النادر جدا أن ينتكس المريض وتسمى القرحة الزهرية حينئذ المتنكسة .

موضع القرحة

القرح إما أن تكون تناسلية أو تكون خارج أعضاء التناسل .

الموضع المعتاد هو تناسلى وتظهر غالبا فى التاج أو فى الحشفة أو فى طرف الغلفة وفى بعض الأحيان فى جسم القضيب وفى الصماخ البولى والقناة البولية والصفن وكثيرا ما يسهو الطبيب عن قرحة الصماخ البولى وقرحة القناة البولية مع أننا بمجرد لمسها نجد التحجر النوعى موجودا ويظهر التحجر فى أكمل شكله خلف التاج ويكون أقل وضوحا فى جسم القضيب وعديم الوضوح تقريبا فى القرح التى بالغلفة .

وفى النساء تظهر غالبا فى الشفرين الكبيرين وبنسبة أقل فى الشفرين الصغيرين والشوكة وعنق الرحم والعصعوص وفى فتحة قناة مجرى البول والمهبل ولا ينتظر أن يكون التحجر واضحا بشكله الأكمل فى هذه المواضع نظرا لرخاوة الأنسجة .

القرحة خارج أعضاء التناسل

تظهر هذه القرحة غالبا فى الشفة السفلى ثم العليا أو وجنة الخد أو السبابة وقد تظهر أيضا فى اللسان وفى تجويف الفم واللوزتين .

اللوحـــة نمرة ١)



(أ) قرحة متحجرة فى الصماخ البـــولى (براون) .

(ب) قرحة متحجرة أولية قريبة من التاج (براون) .

فإصابة الأصابع تكون عادة فى الحكماء والمولدات نظرا لتعرض الأصابع للعدوى وقت الفحص عن المرض .

وقد تظهر القرحة الأولية أيضا فى حلمة الثدى وفى الشرج .

أنواع القرحة الزهرية التناسلية

(١) القرحة التأكلية — هى عبارة عن قرحة متحجرة ومتقرحة ومغطاة بصديد أسمر مصفر .

(٢) القرحة المتقرحة — يمتد تقرح القرحة داخل الأنسجة ويحصل بعض تعفن موضعى وانفصال للأنسجة وفى هذه الحالة يكون التحجر موجودا بأكمل شكله .

(٣) العدسة المتحجرة تختلف عن النوعين السابقين لعدم وجود تقرح فى الجلد تظهر دائما بشكل درنة بلون أحمر قاتم ذات حدود ظاهرة وقت اللمس وفى بعض الأحوال يكون سطحها مغطى بقشرة خفيفة حتى اذا ما أزيلت وجدناها غائرة قليلا فى وسطها .

مضاعفات القرحة

يتغير معظم هذه الأنواع الثلاثة كثيرا نظرا لحدوث مضاعفات موضعية أهمها :

(١) الالتهاب البسيط نتيجة العدوى بميكروبات صديدية فتظهر القرحة بشكل ملتهب حاد ذات هالة حمراء متورمة وفى هذه الحالة يظهر ويتكون الخيرجل .

(٢) أن يحصل التطعيم (العدوى) بميكروب القرحة الرخوة وفى هذه الحالة تأخذ القرحة الأولية شكل القرحة الرخوة ويحصل بعض تعفن سطحى فى الأنسجة وتتغير حافة القرحة فتصير غير منتظمة ولو أنها تكون متحجرة قليــــلا .

(٣) يحصل تضخم ونمو فى الأنسجة فوق سطح الجلد الطبيعى .

(٤) القرح المتعفنة المتآكلة . يغلب ظهور هذا النوع فى العدوى المزدوجة (القــرحة الزهرية والقرحة الرخوة) وفى الأشخــاص الضعفاء أو فى الأشخاص الذين استعملوا علاجا مضرا كالكى أو الاهمــال ويظهر هذا التعفن بغتة وبدون سابقة وفى بعض الأحوال يحدث غرغرينة موضعية وفى البعض الآخر يكون ظهوره ببطء .

أول شيء يظهر بعد ظهور القرحة الأولية هو الخيرجل الأولى وهو عبـارة عن الغدد اللمفاوية الملتهبة المتحجرة التى لا تحدث ألمـا موضـعيا إلا باللمس .

هــذه الغدد تكون فى ابتدائها متحركة ملتهبة تحدث إحساسَ جسم غريب صلب تحت الجـلد وتتضخم كغيرها من الغــدد المجاورة حتى إنه يتكون فيها ورم محسوس من الغدد الملتهبة متحجر جدا ويسمى بالخيرجل الشـــيطانى .

تشخيص القرحة الأوليـــة

للتأكد من تشخيص القرحة الأولية الزهرية يلزمنا البحث عن الاسبيروشيت بوليدا فى المصل المأخوذ من الجرح أو من الخيرجل .



والعلامات التأكدية للتشخيص هى :

(١) التحجر الموضعى للقرحة والتحجر غير المؤلم فى الخيرجل الأولى الذى يبتدئ ظهوره عادة بعد مضى أسبوع من ظهور القرحة .

(٢) مدة الحضانة .

(٣) وازرمان إيجابى و يظهر ذلك عادة بعد مضى خمسة وعشرين يوما الى ستة أسابيع من ظهور القرحة وينـدر الحصول على هذه النتيجة بعد مضى خمسة عشر يوما من ظهور القرحة .

(٤) ظهور التضخم الغـددى — تتضخم الغدد التى فوق المرافق مبكرة عن غدد العنق وتحت الإبط .

إن وجود تضخم نوعى فى هذه الغدد مع وجود الخيرجل الأولى يساعد كثيرا على تشخيص القـرحة الأولية وهـذه نقطة جوهرية يلزم التنبه لها وعدم إغفالهـا عند الفحص عن القرحة وخصوصا عنـد عدم التمكن من الفحص عن مصل القرحة للتحقق من وجود الاسبيروشيت و يمكن اتخاذه قاعدة عامة لاعتبار التشخيص التأكدى للزهرى بكل من التحجر فى القرحة والتحجر فى الغدد اللمفاوية المذكورة قبل مضى الوقت اللازم لايجاد النتيجة الايجابية للفحص عن الدم على طريقة وازرمان .

الأشياء الموجبة للاشكال فى التشخيص

(١) القرحة الناتجة عن إصابة عارضية . ان التمزق الذى يحصل فى أعضاء التناسل فى حالة عدم الانتباه له يحدث شكل قرحة .

(٢) الحربس التناسلى — يبتدئ عادة بحويصلات صغيرة ينضم بعضها لبعض وتكون على شكل دوائر حلقية .

(٣) القرحة الرخوة لاتصحب عادة بتحجر ولا بخيرجل غير مؤلم .

(٤) الجرب فى هذه الحالة يوجد أكلانا فى الموضع وفى جميع الجسم ويوجد طفحا من حويصلات صغيرة وبثرات صديدية وتسلخات فى الجسم وخاصة فى الأليتين وحول السرة وأصابع اليدين .

(٥) التأكل السطحى الناشئ عن التهاب الغشاء الداخلى لسطح الغلفة والثمرة يكون مصحوبا عادة بتسلخات سطحية صغيرة فوق الثمرة محاطة بهالة صغيرة حمراء وهذا يصحب أيضا بالتهاب مؤلم فى الغدد الأوربية .

(٦) القرحة الراجعة أو المتكسة تعرف عادة بعلامات القرحة الأولية فى الموضع بعينه مع وجود قليل من التحجر غير المصحوب بتضخم فى الغدد اللمفاوية المجاورة .

(٧) الحامة فى القضيب فى العادة تعطى المريض تعريفا مفصلا عن مرضه بالزهرى ونتيجة الفحص عن الدم عن طريقة وازرمان تكون ايجابية مع العلم بأن الحامة لا تصحب بالتهاب فى الغدد المجاورة أو تضخم بها .

(٨) الالتهاب الصديدى فى الغدد الدهنية ربما يشبه القرحة الأولية لكن عدم وجود التحجر هو الفاصل بينهما .



(٩) الورم الخبيث (ابيثليوما). إن سن المريض وتصاب الحوافى بالقرحة أو نتيجة الفحص الميكروسكوبى تكون هى الفاصلة فى التشخيص.

(١٠) القرحة الدرنية — هى قرحة مفرطحة ذات حواف مشرذمة ونادرة الظهور فى أعضاء التناسل وأن شكل المريض وحالته مع فحص البول هما الفاصلان فى التشخيص.

(١١) الالتهاب الموضعى حول قناة مجرى البول يسبب أحيانا عقدا أصلية تشبه القرح ولكن تاريخ وجود السيلان مع البحث عن ميكروبه فاصل فى التشخيص.

إن القاعدة العامة أن القروح التى تقع فى أى جزء فى الجسم خصوصا فى الشفتين وأصابع اليدين توجب الاشتباه واتجاه نظر الطبيب لكونها زهرية مالم تشف فى وقت قصير باستعمال المطهرات السهلة المعتادة وعلى العموم فى حالة أى اشتباه يلزم إجراء فحص مصل القرحة عن الاسبروشيت.

الأشياء الموجبة للاشكال فى تشخيص القرحة الأولية عند النساء

القرحة الأولية عند النساء تظهر غالبا بشكل صغير متحجر خفيف وتشبه القرحة الرخوة عند الرجال وفى أغلب الأحيان لا تشعر بوجودها المرأة ولذلك تحضر السيدات غالبا للمستشفى بالعلامات الثانوية للزهرى مثل الطفح الحلمى الموجود بكثرة بين الشفرين وفى الشرج وقرحة عنق الرحم يجب تمييزها ولو أنها تختفى غالبا من نفسها أو بدون علاج فهى تظهر

على شفتى العنق الخارجى بشكل تقرح مستدير مصحوبة بتضخم فى الغدد اللفاوية ويوجد أيضا التهاب مع تضخم فى الغدد اللفاوية داخل الحوض .

التسلخ اليسير لعنق الرحم الخارجى ينتج عادة من التهاب الغشاء المخاطى المغطى لعنق الرحم الخارجى والممتد الى قناة العنق فى هذه الحالة ويكون مصحوبا بافرازات ويمكث مدة غير يسيرة .

سرطان عنق الرحم (كارسينوم) كثيرا ما يختلط تشخيص الكارسينوم عنق الرحم مع القرحة الأوليـة ولكن سن المريض وصلابة القرحة مع صلابة أطرافها المصحوبة بافراز متعفن ممتزج بقليل من الدم ينبهاننا لإجراء فحص ميكروسكوبى وهو فاصل فى التشخيص .

القـــروح الرخوة

هـذه القروح ليست زهرية ولكنها مسببة عن عدوى بالجماع ولها باشيلوس خاص يسمى استربتوكوكس دكريى (باشيلوس قصير سلبى لجراحيهم) وفى بعض الأحوال تكون العـدوى مختلطة بسبب الباشـيلوس المذكور وميكروبات صديدية وهذه القروح غالبا متعددة وتظهر بعد مضى يومين أو ثلاثة من تاريخ حصول العدوى وأول ظهورها تكون بشكل بثرة وتتقرح وتمتد بسرعة فوق سطح الجلد مصحوبة بافرازات صديدية بشكل مستدير وليست متحجرة والغدد اللفاوية المجاورة لهـا تكون ملتهبة غالبا وتكون خراجا ويندر أن تلتهب هذه الغدد بعد شفاء القرحة بقليل .

ويجب التشديد فى تشخيص القرحة الرخوة عن القرحة الزهرية بأسرع ما يمكن مع العلم بأن عدم وجود التحجر فى القرحة لاينافى وجود الزهرى .

الفصل الثاني

الزهرى الثانوى والزهرى فى المخ والنخاع

بعض معلومات عامة

تشترك علامات الزهرى الثانوى فى ظواهرها مع العلامات الأصلية للأمراض المعدية حسب القواعد والأصول المقررة لها وهى تحتوى على قسمين : (١) علامات باطنية، (٢) علامات ظاهرة .

(١) العلامات الباطنية — تكون غالبا غير محدودة وغامضة وتكون معدومة بالمرة فى أقوياء البنية وهى وجع الرأس عند الجبهة وخصوصا فى وقت الليل وتظهر فى أغلب الأحوال وتلطف وقتيا عادة بواسطة الأسبرين أو أدوية مماثلة له ومن المؤكد أنها تشفى بالأدوية النوعية .

وفى بعض الأحوال تظهر قبل ظهور الطفح وفى أحوال أخرى مع الطفح ولكن وجودها قبل الطفح مع وجود القرحة فاصل فى التشخيص مثل انحراف المزاج مع فقد الشهية للأكل والنقص فى الوزن العام وعبوس الوجه وافتقار فى الدم ظاهريا وميكروسكوبيا وفى بعض الأحوال ارتفاع فى الحرارة عند المساء (٩٩ الى ١٠١ ف) هذه بعض العلامات الباطنية وتظهر عادة فى الأحوال التى لم تأخذ علاجا نوعيا وتلجئ المريض لاستشارة الطبيب والاحتقان الشديد فى الزور مع العلامات السابقة فاصل فى التشخيص أيضا .

ويحصل فى بعض الأحوال احتقان فى اللوزتين وفى سقف الحلق واللسان وداخل تجويف الفم قبيل ظهور الطفح .

(٢) العلامات الظاهرة — من حسن الحظ أن مشاهدة العلامات الثانوية الظاهرية آخذة فى النقص وذلك لأن المرضى يستشيرون الطبيب وقت ظهور القرحة وأن الطبيب بالتقدم فى العلم أمكنه أن يشخص تشخيصا صحيحا قبل ظهور هذه العلامات ويبتدئ فى علاج مريضه طبعا فلا تظهر هذه العلامات .

علامات الزهرى الثانوى الظاهرية تبتدئ فى الظهور عادة فى الشهر الثالث من تاريخ العدوى وبهذه المناسبة نذكر أن بحث الدم على طريقة واز رمان يعطينا نتيجة إيجابية قبل ظهور هذه العلامات بنحو الأسبوعين وبذلك يمكننا القول الآن بأنه اذا وجد طفح وردى على الجسم مع نتيجة سلبية إن هذا الطفح ليس بزهرى .

ومن أقوى علامات التشخيص أيضا الالتهاب فى الغدد اللمفاوية عامة وقد أوضحنا فيما سبق الميزة الخاصة بهذا الالتهاب مع التضخم .

ومما لا شك فيه أنها نتيجة مهاجمة هذه الغدد بالأسبيروشيت فبعد التهاب الغدد الأوربية يحصل عادة التهاب فى الغدد العنقية والغدد التى فى مؤخر الرأس وذلك لأن احتقان المرىء والزور يأتى فى مقدم العلامات وطريقة البحث عن هذه الغدد أن يؤمر المريض بالجلوس على الكرسى ويمد عنقه بدون تصلب ثم يبحث فى المواضع المذكورة .

لوحـــة نمـرة ٤



قرحة متحجرة أولية في عنق (م راست)

ولا ننسى أيضا البحث عن الغدد التى فوق المرافق .

علامات الزهرى الثانوى الظاهرية يمكن تقسيمها الى قسمين :
(١) ما يظهر على الجلد، (٢) ما يظهر على الأغشية المخاطية .

(١) ما يظهر على الجلد — يوجد مالا يقل عن ستة أنواع للطفح الظاهرى على الجلد وقد يمكن أن تكون جميعها موجودة فى وقت واحد كما أن واحدا منها يكون موجودا فقط أو بالاشتراك مع أحد الأنواع الباقية ولكن يلزمنا التنبيه على أن وجود طفح بأنواع مختلفة فوق الجلد من العلامات الزهرية التأكيدية .

كل جزء من الجلد معرض لظهور الطفح الزهرى فيه ويظهر عادة فى الجذع والأليتين وليس من الضرورى أن يكون ظهوره مناسبا ولكن من المؤكد أن يكون فى قسمى الجسم . ومن أغرب ما يشاهد أن تعريض الجسم خاليا من الملابس فى حجرة باردة يظهر طفحا ورديا يكون من الصعب إدراكه فى الأحوال العادية وأن الطفح الوردى كثيرا ما يمر دون ملاحظة الطبيب أو المريض والطفح الزهرى عادة لا يكون مصحوبا بأكلان وهذه نقطة مهمة فى حال تشخيصه عن الجرب أو عن التهاب الغدد الدهنية .

(أ) الطفح الوردى هو أول ما يظهر من علامات الزهرى الثانوى على الجلد ويصحب عادة بواز رمان إيجابى ويظهر بعد مضى أسبوعين الى سبعة أسابيع من تاريخ ظهور القرحة الأولية ويوجد على الجزع .

وفى بعض الأحوال يفضل السطح الوحشى على السطح الأنسى للأطراف ولونه وردى فاتح مائل الى الصفرة ولكن هذا اللون غير ثابت النسبة لاختلاف ألوان الأجسام ويختفى بالضغط عليه بالأصبع دون أن يترك أثرا وهو يكون عادة فى سطح الجلد تماما ولكن عند حدوث التهاب شديد ربما يكون عاليا علوا قليلا فوق سطح الجلد وهذا الطفح غير مصحوب بقشور سطحية وهذا مما يميزه عن الطفح البقعى للزهرى الثانوى الذى ينشأ عن احتقان شديد فى مجموع الأوعية تحت الجلد التى تسبب قشورا فى الطبقة السطحية للجلد .

إن ما يحصل حقيقة هو بعض الشلل فى المجموع العصبى الخاص للأوعية فى الطبقة التى تحت الجلد فيحصل امتداد وتوسع فى هذه الأوعية فى حين أن أوعية الطبقة الظاهرية للجلد تكون منكمشة نظرا لتأثير الهواء البارد فيها فتحصل طريقة تكوين القشور (باراكيراتوس) .

(ب) الطفح الحلمى والحلمى المصحوب بقشور يظهر عادة بعد ظهور الطفح المتقدم وقد يظهر معه فى وقت واحد وهو أعم انتشارا فى الجسم من الطفح السابق فعلاوة على ظهوره بالجزع يظهر أيضا فى الجبهة والوجه ويعرف بالتاج الزهرى وفى فروة الرأس .

ويظهر كبثرة مرتفعة قليلا عن سطح الجلد بمقدار حجم العدسة الى الفولة لونها أحمر وردى أو أحمر قاتم وفى بعض الأحيان تكون فى حجم قطعة الخمسة القروش وينسلخ سطحها عند ظهورها فى التثنيات كتحت الإبط

وتحت الثدى عنـد النساء وما بين الفخذين وما بين الشفرين وفى الصفن والشرج وفى زوايا الفم وزوايا فتحتى العينين وتسمى بالكوند ولوماتا .
ويمكن فى هذه الأحوال إيجاد الاسبيروشيت من فوق هـذه التسلخات وعند ما تتكون القشور فوق سطح هذه البثور بكثرة تلتبس علينا بمرض الصدفية كما سنفصله فيما بعد .

فالطفح البقعى الحلمى هو أكثر أنواع الطفح الزهرى ظهورا وأما الأنواع الأخرى فقليلة الظهور وذلك لأن العلاج يمنع ظهورها .

(ج) الطفح الزهرى البصيلى يظهر فى بصيلات الشـعر وفى غدد العرق وفى الغدد الدهنية ويظهر عادة فى الظهر بشكل حلقات أو بشكل هلال وكثيرا ما يلتبس تشخيصـه بحب الشباب (أكنه عموميـة) وفى أحوال خاصة يأخذ شكل عنقود العنب فيوجد فى الوسط حلمات عالية عن سطح الجلد ذات لون أسمر مصفر مصحوبة بقشور فوق سطحها ومحاطة بعدّة حلمات أخرى فى حجم رأس الدبوس وتكون عادة من عشرين الى مائة وهذا النوع يغلب ظهوره فى الجسم وخصوصا الظهر وقد يشاهد أكثر من ثلاثين عنقودا فى الشخص الواحد وهذا فاصل فى التشخيص .

(د) الطفح الزهرى الفقاقيعى يظهر عادة فى فروة الرأس وفى أحوال قليلة بالنسبة لمـا سبقه .

(هـ) الروبيا هذا الطفح كان كثير الوجود قبل استعمال العلاجات الزرنيخية الحديثة وكان يظهر عادة متأخرا بالنسبة لمـا تقدّمه ويظهر

كتقرحات بيضية أو دائرية مغطاة بقشور جامدة ملتف بعضها على بعض بشكل حلزونى أشبه بالقوقع ويظهر عادة فى الوجه والظهر والرقبة وفروة الرأس ويصحبه تورم شديد عند المريض . ويعتبر هذا النوع من الأنواع الزهرية الخبيثة .

(و) الطفح المتضخم التوتى (فرام بيزيفورم) يظهر كورم مرتفع عن سطح الجلد شكله كشكل القنبيط يدمى بسهولة ونادر الوجود .

(٢) ما يظهر على الأغشية المخاطيــة — تصاب هذه الأغشية المخاطية بنوعين من الطفح وهما التقرح واللطخ ويظهر وجودهما فى تجويف الفم وفى سقف الحلق وفى اللهاة والأعمدة الداخلية والخارجية للحلق واللوزتين والمرىء واللسان وتظهر مصحوبة بالطفح الوردى بشكل حلق أو بيضى مرتفعة قليلا عن الجلد ذات لون لبنى مائل الى السمرة قليلا وتشبه ما يحدث عادة بعد كى الغشاء المخاطى بنترات الفضة الكاوية أو حمض الفنيك ولا تصحب عادة بهالة التهابية وردية ولا تسبب ألما ولا تمنع البلع ويحصل بها تقرح قليل إلا التى تكون ملتهبة وهى تلتئم بسرعة وغالبا لا تترك أثرا للالتئام ويلزمنا ألا ننسى أن فى هذه اللطخ (والكندولوماتا) الطفح الحلمى فى الثنيات كثيرا من الاسبيروشيت فيجب علينا تنبيه المريض لاتخاذ ما يلزم من الاحتياطات الصحية لمنع العدوى .

إن فحص المريض من الرأس الى القدم فى كل الأحوال المشتبه فيها أهم كثيرا من الاجتهاد فى حفظ أنواع الطفح الزهرى .



(١) الطفح المشتبه فيه يلزم بحثه فى ضوء النهار أو بواسطة زجاج أزرق تحت تأثير ضوء الشمس .

(٢) الغدد الأربية والتى فى مؤخر الرأس والعنقية الحلقيـة والتى فوق المرفقين وفيا تحت الإبط يجب بحثها .

(٣) تجويف الفم وسقف الحلق وأعضاء التناسل الظاهرية فى الجنسين والشرج يجب الفحص عنها باعتناء حيث يظهر بها لطخ مخاطية أو طفح حلمى .

(٤) يجب الفحص عن الدم على طريقة واز رمان عند بحاثة ماهر .

التشخيص

يسقط الشعر من فروة الرأس فى الدور الثانوى فتسقط الشعرة بأكملها فى مواضع صغيرة وتصحب بطفح وردى وظهور نقط متباعدة فوق فروة الرأس بهذا الشكل يعطينا شكلا كمرض الثعلبة ولا ننسى أن فى المرض الأخير يكون السقوط أعم و بأشكال مستديرة متباعدة أو مختلط بعضها ببعض وأن الشعرة تعطى للنظر المجرد شكلا !

الصلع الدهنى يظهر عادة فى شعر الصدغين وقمة الرأس وهو مزمن جداً وغير قابل للشفاء .

ويحصل الغلط فى التشخيص فى مرض فقاقيع الرأس وهى حب يشتبه كثيرا بالطفح الفقيقعى غير أن هذا الأخير يحدث تقرحا وتآكلا

فى جلد فروة الرأس . ومن المعلوم أن كل طفح فى فروة الرأس قد يتحول الى بثور صديدية كما يحصل من وجود قمل فى الرأس مثلا فيلزمنا والحالة هذه عدم الاقتصار على بحث طفح الرأس منفردا ويجب ملاحظة حالة الجسم العمومية عن وجود طفح من عدمه قبل إبداء الرأى النهائى .

تمتاز الصدفية فى فروة الرأس بظهور قشور فضية كثيرة التكاثف مع سقوط جزئى متفرق فى الشعر . وفى مرض القشرة الدهنية توجد قشور صغيرة كالردّة وسقوط الشعر فى هذه الحالة ليس ظاهرا نسبيا .

الجبهة — التاج الجبهى يشبه كثيرا التاج الذى يحصل من مرض الغدد الدهنية فى هذا الجزء من الجسم ولونه فى كلتا الحالتين أسمر ولكن يكون مصحوبا بافرازات مصلية فى حالة الالتهاب الدهنى ولا يكون بطفح مبعثر كما فى الزهرى .

الوجه — الطفح الزهرى فى الوجه يلتبس تشخيصه عادة بالطفح المتسبب عن تعاطى أدوية من الباطن كالبدور والبرومور حيث يحدث بثيرات مختلفة الحجم متباعد بعضها عن بعض ويسهل التشخيص عند ما يسأل المريض عن تذكرة الدواء فيتبين لنا صنف الدواء الذى يأخذه وفى هذه الأحوال أيضا يوجد رشح والتهاب فى الملتحمة والأنف والحنجرة وفى بعض الأحوال أوزيما فى الجفون .

ومما لا شك فيه أن بحث الدم لا بد منه فى هذه الحالة للفصل فى التشخيص وأحيانا يلتبس مرض الفقاقيع بمرض الزهرى عند ما تكون



القروح فى الوجه كما بينا ذلك فى فروة الرأس ويشتد الاشتباه خصوصا اذا كان مصحوبا بمرض التهاب البصيلات الشعرية فى الذقن وتعطى أكنى روزاسيا طفحا حلميا ذا بثور فى بعض الأحوال ولونه قرمزى وتظهر عادة فوق الأنف والشفة العليا والوجنتين والذقن والجزء السفلى من الجبهة وهى مرض مزمن ربما ينتقل من بعض المواضع التى ذكرت ويستمر وجوده بالمواضع الأخرى والأكنة الجدرية تظهر عادة فى حافة الجبهة العليا والصدغين وهى بشكل بثرى مزمنة تلتئم من نفسها فى بعض الأحوال وتترك أثر التحامية ذات سطح منخفض ومستدير عن سطح الجلد قليلا وهذا مما يساعدنا فى مهمة التشخيص .

الرقبة — لا يلتبس علينا تشخيص أى طفح من الأنواع المتقدمة يظهر على الرقبة لأنه يكون عادة منتشرا فى جزء أو أجزاء أخرى من الجسم وذلك مما يسهل مهمتنا فى التشخيص ولا ننسى أن نذكر هنا الزهرى البقعى وسيأتى التكلم عليه بالتفصيل .

الجزع — كثيرا ما يلتبس علينا مرض النخالية الوردية بالطفح الزهرى ولا يخفى ما فى ذلك من الخطر وللفصل فى هذا الموضوع نذكر المميزات الآتية :

(١) الموضع — الجزع والصدر والظهر والعضدان والفخذان أما الوجه وراحة اليدين والقدمان فهى دائما خالية من الطفح .

(٢) لونها وردى وفى بعض الأحوال يكون ضاربا الى الصفرة .





قرحة متحجرة أولية شفة سفلى (مراحت)

(٣) يعطى المريض النبيه كيفية حصول المرض وذلك بظهور جزء صغير غالبا على الجزع قبل ما يعمم الطفح بمدة لا تقل عن أسبوع أو أسبوعين فى بعض الأحوال ويكون بشكل بقعى مشرذم الحوافى لونه وردى ومغطى بطبقة خفيفة من القشور ويبلغ قطر دائرته حوالى الأربعة الى الستة السنتيمترات .

(٤) وأما الطفح العمومى فهو بشكل بقعى فى حجم قطعة نصف القرش أو أكبر وهى عالية عن الجلد قليلا مصحوبة بتقشر عمومى وبعد مدة تبتدئ بالانصراف وغالبا يظهر الطفح بنوع واحد وهو النوع السابق شرحه غير أنه يختلف فى الحجم ولو أنه وجد فى بعض هذه الأحوال بعض ضخامة والتهاب فى الغدد اللمفاوية إلا أنه يعزى لمرض آخر . وفى هذه الحالة يلزمنا بحث الأغشية المخاطية وبحث الدم على طريقة وازرمان .

الصدفيـة لا يمكن غالبا التباس تشخيصها بالزهرى غير أنه يلزمنا أن نفكر دائما فى أن وجود المرضين فى شخص واحد شىء محتمل وأن القشور الفضية اللون التى تظهر فى الصدفية لا يمكن التباسها على الطبيب الماهر وأحيانا يظهر مرض الصدفية مصحوبا بمرض التهاب القشر الدهنى فيظهر بشكل طفح متنوع الأشكال فى مواضع مختلفة من الجسم مما يجعل التشخيص صعبا وفى هذه الحالة يلزمنا أن نقول بأن الوجه الدهنى ولون الطفح نفسه واتخاذه الشكل المتعرج المعروف بالشكل القشرى الدهنى الجغرافى يساعدنا كثيرا فى التشخيص ونذكر أيضا أن الصدفية عادة تظهر فى الجهات الوحشية للأطراف

كالمرافق والركب وبكحت هذه القشور الفضية نجد سطحا داميا من نقط مختلفة من الجلد تطبع بسهولة على قطعة من ورق النشاف ويحدث هذا الدم من الأوعية الشعرية وبعكس ذلك فى أحوال الزهرى لا نجد طبقات متكاثفة فوق الطفح من القشور الفضية وبمجرد إزالتها أو كحتها لا نجد هذه النقط المصحوبة بالدم وفى الأحوال الزهرية المزمنة نجد لون الطفح تحول عن لونه الأصلى الى اللون النحاسى الأزرق ثم الى البقعى .

الليشن الحاذ البسيط — يستحق كثيرا من الاهتمام عند ما يظهر على الجلد وفى الغشاء المخاطى لتجويف الفم ويكون فى شكل طفح حلمى خفيف أبيض كالعاج لامع جدا وفى حجم العدسة وعادة يكون مقابلا للأضراس العليا من الباطن وأما ما يظهر منه على الجلد فانه يحدث أكلانا شديدا وهو بشكل حلمى أيضا غير أن كل حلمة شكلها كمخمس أو مسدس مقسمة أضلاعه بواسطة خطوط رفيعة جدا متصلة من زواياه الى المركز الذى يكون منخفضا قليلا عن سطح الجلد . ومما يجب الانتباه اليه أن طفح الليشن لا يتقرح مطلقا ويكون حلقات كالعقد ولكنها لا تكون مركزية كما فى الزهرى ويضاف الى ذلك عدم وجود التهاب فى الغدد اللمفاوية وبالفحص عن الدم على طريقة وازرمان نجدها سلبية .

الجرب — كثيرا ما يصحب هذا المرض مرض الزهرى وأحيانا تخفى معالمه . ويظهر الجرب بشكل حويصلات متآكلة صغيرة العدد منتشرة فيما بين الأصابع وتحت الإبط والسرة وأعضاء التناسل وفى الفخذين من الداخل والأليتين ويصعب التشخيص جدا ويصحب الجرب



بمضاعفات كبثور أو فقاقيع منتشرة حول أعضاء التناسل مع التقرحات وظهور أثر التحامات الطفح الذى شفى بلون أسمر بنى يزيد التشخيص صعوبة . أما من جهة هذه الآثار فلا يمكن الفصل فيها والجزم بما كانت عليه قبل التحامها وأما من جهة الطفح ووجود خدوش فوق سطح الجلد مع التوزيع الذى وصفناه فان ذلك يسهل التشخيص ولا ننسى أن الجرب فى بعض الأحوال يوجد انتفاخا فى الغدد اللفاوية مصحوبا ببعض التهاب وفى هذه الحالة يلزمنا إجراء فحص دقيق عن حيوان الجرب المعروف (الأكارس الجربى) فاذا لم يوجد خصوصا فيما بين الأصابع يلزمنا بحث الدم على طريقة وازرمان ويلزمنا أن نذكر أن الطفح الجربى لا يظهر عادة فوق الرقبة والوجه والرأس إلا فى الأطفال وذلك بخلاف الزهرى .

ونجد أحيانا طفحا مختلف الأنواع منتشرا فوق الجسم لا يمكننا الاهتداء الى أصله فيكون غالبا مسببا عن تعاطى بعض أدوية كالكبابة التى تحدث طفحا يشابه طفح الحصبة وكاليدور والبرومور ، وقد سبق التكلم عليهما وكالزرنيخ والزئبق ويسبب تعاطى الزرنيخ فى بعض الأحوال طفحا حلميا وحو يصليا ذا أكلان شديد وفى الأحوال المزمنة يترك بقعا ذات لون أسمر بنى خصوصا فى منطقة الحزام وقد يصحب هذا الطفح بتضخم قشرى ملتهب ذى لون فضى فى راحتى اليدين وفى مشط الرجلين وفى اللسان نجد ما يعبر عنه باللسان الجغرافى وكل ذلك عادة يكون مصحوبا بإسهال وعدم وجود الفعل المنعكس فى الركبة واذا فحصنا عن البول نجد به الزرنيخ وهو فاصل فى التشخيص .

الأطراف — لا يوجد شيء جديد خاص بالأطراف علاوة على ماشرحناه في الجزع غير أنه في بعض الأحوال نجد في راحة اليد وفي مشط القدم طفحا صدفيا أو ليشن بسيطا كما نجد طفح الزهرى الثانوى ومن المؤكد أن طفح الزهرى الثانوى لا يظهر على راحة اليد منفردا ولكنه دائما يكون مصحوبا بطفح عام في الجسم وذلك بخلاف الليشن فانه ربما كان منحصرا في راحة اليد وربما كان منتشرا في الجسم ويحتاج الانسان في فصل تشخيص هذه الأحوال الى مجهود كبير ولا بد من اجراء الفحص عن الدم على طريقة واززمان . إن طبيعة جلد راحة اليد تختلف كثيرا عن جلد باقى الجسم ولا شك أن ذلك يساعد في تغيير شكل نوع الطفح الواحد في اليد عن باقى الجسم فمثلا نرى في الصدفية تقشرا كثيرا وطبقة سميكة من القشور فوق الطفح أكثر مما نجد ذلك في الجسم ونجد الأظافر مشققة شقوقا مستطيلة متوازية وسطها في بعض مواضع منخفض في نقط مختلفة بغير انتظام ولكن ظهور مرض الليشن في راحة اليد لا يتغير كثيرا عن ظهوره في موضع آخر .

تشخيص الطفح الذى يظهر في الأغشية المخاطية

يظهر الطفح الزهرى الثانوى في الأغشية المخاطية كالطخ وخصوصا تجويف الفم والحنجرة بشكل لطخ مخاطية يلزم الطبيب تعود تشخيصها عن بعد وقد يحصل في بعض الأحيان التهاب في داخل الفم ينشأ عنه تقرحات مستديرة ملتهبة دامية أو مغطاة بطبقة صديدية صفراء صغيرة

سطحية مصحوبة بألم ومحاطة بهالة حمراء دالة على الالتهاب ومصحوبة في أغلب الأحوال بتضخم والتهاب الغدد اللمفاوية التي تحت الفم ·

وقد تتضخم الطبقة القرنيــة التي فوق سطح اللسان وتلتهب التهابا مزمنا مصحوبا في بعض الأحيان بتقرحات ولطخ ·

الليشن البســيط والذئب الوردى (اللوبس أريتياتوزس) يظهران في تجويف الفم في بعض الأحيان نظرا لعــدم حدوث تقرح أو ألم بالفم ناشئ عن هــذين المرضين فلا يشتكى المريض شيئا وربمــا يشفيان أيضا بدون علم منــه وقد أسهبنا في وصف الليشن ولكن في الذئب لا بدّ أن يكون مصحوبا بطفح فوق الأنف أو الخــدين أو الرأس وبطبيعة الحال لا يمكن بأى وجه من الوجوه أن يلتبس تشخيص هذا المرض بالزهرى حينما يكون الطفح موجودا فوق سطح الأنف ·

الزهرى البقعى

أهم ما يقال عن هــذا النوع إنه هو النوع الذى يظهر فوق رقبــة السيدات وهو يظهر بشكل بقع ذات لون أسمر مظلم غير منتظمة الشكل والحوافي محاطة بنقط بيضاء ممــا يعطينا شكلا كشكل الرخام ولا يمكن للطبيب أن ينسى هذا الشكل اذا رآه مرة واحدة ويسبب غالبا عن بقايا الطفح الوردى الثــانوى ويظهر في انتهاء السنة الأولى ويستمر الى السنة الرابعة من تاريخ العدوى ومن المهم جدا العلم بأن العــلاج النوعى لا يفيده مطلقا



طفح نمشي وردي (مراهقة)

زهرى المجموع العصبي

شرح عام — إن مرض زهرى المخ والنخاع فى الحقيقة من شأن طبيب الأمراض العصبية ولذلك يلزمنا هنا ذكر معلومات سطحية عما يحدث أثناء دورى الزهرى الثانوى والزهرى الثلاثى لا تظهر علامات لإصابة المخ قبل ظهور الطفح عادة ولكن فى الأحوال التى يتأخر فيها ظهور الطفح تكون علامات إصابة المخ بالزهرى عقب ظهور القرحة الأولية بزمن قصير وأهم هذه العلامات هو ألم مستمر فى الرأس وأن هذا الألم يحصل وقت ظهور الطفح الوردى وهو ناشئ عن إصابة السحاء بالزهرى وأن الألم مستمر وغائر ومصحوب عادة بألم عند الضغط على فروة الرأس فى نقط مختلفة .

القىء يوجد فى بعض الأحيان مصحوبا بألم يسير مثل ما يحصل فى الورم المخى ويلزمنا هنا شدة التحذير للطبيب بأنه إن لم يتدارك المريض بالعلاج فى الوقت المناسب يضيع كل أمل فى الشفاء من هذا الألم فى مستقبل الحياة وحيث إن الأمر كما ذكر فيلزم الطبيب أن يبحث المريض بحثا وافيا من جهة ظهور طفح جلدى أو طفح فى الأغشية المخاطية أو انتفاخ فى الغدد اللمفاوية كما أنه لا ينسى أن يبحث عن الفعل المنعكس للركبة و إنسان العين وأن يقرن ذلك كله بفحص الدم وسائل النخاع الشوكى وما يحتويه من الخلايا لكل سنتى متر مكعب وقد يحصل للمريض سبات أو أرق أو خمول مصحوب بانحراف فى المزاج أو هزال

مصحوب بفقد القوة والشهية مع نقص فى قوة الإرادة المركزية وضعف فى القوة الباحثة المركزية أيضا وإحساس شديد لأى منبه خارجى .

الزهرى فى المخ

باجراء التشريح المرضى للمخ فى أحوال الزهرى نجد ثلاثة أنواع من الإصابات :

(١) الغشاء السحائى جميعه أو بعضه .

(٢) الجمة والتهاب منسوج الأوعية مبتدئا من الغشاء الداخلى المبطن للشريان ويهمنا فقط التأكد من وجود الإصابة فى المخ وليس هنا المكان الذى يجب علينا فيه معرفة التشخيص التفصيلى لكل من الثلاثة الأنواع حيث ذلك من اختصاص طبيب الأمراض العصبية .

(١) الإلتهاب السحائى — هو أكثر انتشارا من النوعين الآخرين ويظهر عادة فى الغشاء المغطى لقاع المخ فيصحب بشلل أو بعض شلل للأعصاب المخية . تختلف درجته وتأثيره كثيرا ما بين شلل تام أو جزئى أو زيادة إحساس فى الجهة الموزع بها العصب ويكثر ذلك فى العصب الوجهى أو فى سقوط جفن من الجفون ويصاب نادرا عصب السمع فيصاب المريض بالصمم وعادة السحاء المخى أن يقاوم كل مرض ولذا نجد علامات الضغط مفقودة (مثل التهاب العصب البصرى والقىء) . إن استخراج قليل من سائل النخاع وبحثه يساعدنا كثيرا بابتداء العلاج



زهروی ثانوی — طفح جلدی عادی

فى الوقت المناسب وكما أوضحنا سابقا نجد أن ألم الرأس والألم عند الضغط على فروة الرأس فى نقط مختلفة هو من أهم العلامات وقد يحدث ألم فى الأعصاب المخية وذلك ناتج من إصابة الغشاء السحائى فى قاع المخ اذا لم تعالج فى وقت مناسب وتحصل غيبوبة (كوما) ووفاة تسبق عادة بتشنجات شديدة وأما اذا عولجت فى الوقت المناسب فتشفى أو يكون ضررها قليل التأثير .

(٢) الجمة فى المخ — تحدث عادة بعد مضى ثلاث سنين أو أكثر من تاريخ الإصابة .

الألم فى الرأس هو أهم العلامات وربما يكون مصحوبا بقىء وضعف فى النظر والتهاب فى عصب البصر ناتج عن ضغط الورم عليه ويعقب ذلك بعد عدة أسابيع تشنجات وشلل ولكن اذا عرف المرض فى الوقت المناسب يمكن الطبيب أن يمنع حصول هذه المصائب للمريض .

الفالج والشلل للعضو الواحد مع الغيبوبة أو عدمها هى علامات إصابات شرايين المخ .

الزهرى فى النخاع — إن إصابة النخاع تعطينا علامات تأكدية ظاهرية وليست كاصابة المخ ، وتكون عادة حادة .

الالتهاب السحائى والجمة وإصابة الشرايين هى الأمراض التى تصيب النخاع إما متفرقة أو مجتمعة ويعقبها التهاب مزمن مع تغيير باتولوجى فى نفس النخاع ويصحب طبعا ذلك بشلل أو بشلل أحد الأعضاء ولو

أن ألم الراس يظهر عند ابتداء دور التعميم الثانوى غير أنه لا يكون شديدا بدرجة تقلق البال ولكن مما لاشك فيه أن حدوثه فى وقت إصابة أجزاء المخ يحدث ألما شديدا خصوصا فى مؤخر الرأس و فى العنق من الخلف وتوجد آلام محزمة مع زيادة إحساس فى الجلد وفى الفعل المنعكس لأخمص القدم وللكعب وتكون هى مقدّمات الشلل النصفى السفلى وفى هذه الحالة تفقد العضلة القابضة للمستقيم والعضلة القابضة لمدخل المثانة وظيفتيهما وهذه علامة مهمة فى تشخيص الشلل الزهرى السفلى الحاد أو شبه الحاد وأما فى المزمن فتكون علامة ثابتة و بطبيعة الحال ينذر هذا الشلل بالخطر خصوصا فى الأحوال التى أهمل تشخيصها أو لم تشخص بخلاف ما اذا تثبتنا من التشخيص فى الوقت المناسب والخلاصة أنه ليس من الضرورى مطلقا حدوث علامات عصبية فى أحوال الزهرى الثانوى ولكن يلزم الطبيب أن يكون على استعداد لتشخيصها عند وجودها فى الوقت المناسب لأن الضرر الذى تحدثه لا يمكن إصلاحه وكل حالة يشتبه فيها إصابة المجموع العصبى من الزهرى يلزمنا بحث سائل النخاع على طريقة وازرمان .

وان الأحوال التى يحصل خطأ فى تشخيصها صارت أقل من الزمن الأول وذلك لأننا تعوّدنا اعتبار إصابة المجموع العصبى فى الأحوال الزهرية وبحث المريض من أجلها مالم نجد برهانا على عكس ذلك أى على عدم إصابته .

ولا ننكر ما لطريقة وازرمان من الفضل فى وصولنا الى تشخيص حاسم ومن الضرورى أن يستمر علاج هذه الأحوال بنشاط أكثر



من المعتـاد حتى يمكننا الحصول على نتيجة مرضية بما لا يقل عن ثمان عشرة حقنة من المستحضرات الزرنيخيـة (نيو سالفرسان — نوفا ارسينو بيلون — ٩١٤) يلزم إعطاؤها للمريض لسنة واحدة ومن البديهى أن يفحص عن الدم والسائل النخاعى مع احصـاء خلايا المخ والنخاع الشوكى وهى لا تزيد عن نسبة ١٠ ٪ من الخلايا اللفاوية فى سنتيمتر واحد مكعب من سائل النخاع ويستحسن أن تصحب هـذه الحقن بالتدليك الزئبقى وفى الأحوال الحادّة جدا يمكن بذل قليل من سائل النخاع وحقن مصل به سالفرسان — سالفرسنايزد سيبرم) فى النخاع .

أمراض المخ والنخاع القريبة من الزهرى

(بارا زهرية)

لقد استكشف الأسـتاذ نوجوشى الاسـبيروشيت فى مخ المرضى المصابين بمرض الشلل الجنونى العـام وقرر بأن هذا المرض يتسبب عن الزهرى ومما لاشك فيه أنه لا يمضى وقت كبير حتى يستكشف الاسبيروشيت فى مرض التابس .

مرض الشلل العام للمجانين

يصاب به المريض عادة فى أى وقت بعـد مضى سنتين من تاريخ العـدوى ولكن لا يظهر فى العادة قبـل مضى خمس سنين فما فوق من تاريخ العدوى ويكون هذا المرض مصحوبا بضمور وموت الخلايا العصبية .

وفى بعض الأحوال تحصل أنزفة فوق قشرة المخ وهذه هى التى تسبب التشنجات وبعض الشلل وأما علامات المرض ذاته فهى بديهية ومعروفة للجميع وذلك أنه يبتدئ بدور تمهيدى مصحوب بخلط فى الأفكار مع ميل الى العظمة فالمريض يظن فى نفسه أنه ذو ثروة لا تقدر ويصرف على هذا الحساب وهذه الحالة تستمر سنة أو أكثر مصحوبة بقليل من علامات الشلل كعدم المساواة وقلة التحرك فى إنسان العينين أو شلل خفيف فى عصب الوجه أو تمتمة فى الكلام — ويعقب هذا الدور التمهيدى دور خمول عام فيفقد المريض الثقة والاعتناء بنفسه فينغمس فى الرذائل كالافراط فى المشروبات وفى السنة الرابعة من تاريخ الاصابة تحصل تشنجات وشلل فيحصل شلل فى عصب اللسان والحنك فتتعذر وظيفة البلع وينتهى المريض بوفاة عقب تشنجات أو نزيف كبير بالمخ ويعيش المريض عادة بهذا المرض نحو خمس سنوات ومن الغريب أن النساء يصبن بهذا المرض فى النادر جدًا .

الأتاكس — يتسبب عن تصلب فى الأعمدة الخلفية للنخاع الشوكى فتحدث عوارض هامة تصيب الرجال عادة بعد السنة الرابعة أو الخامسة الى العشرين من تاريخ العدوى ويشكو المريض من اضمحلال فى قوة الأرجل وألم حزامى فى الوسط مع عدم انتظام فى التبوّل وحركة المشى وآلام معدية أو فى القصبة الهوائية أو فى المستقيم وكل هذه الأشياء مع بعضها أو أحدها هى ما يشكو منه المريض ولا يحضر هذا المريض عادة الى العيادات الزهرية ويحضر طبعا فى قسم الأمراض العصبية أو الأمراض



الباطنية وبحث إنسان العين نجد أنه صار غير منتظم وأن تغير حركة إنسان العين هى فى الواقع من أوائل العوارض التى تحصل للمريض ولكن لا يمكنه أن يخبر عنها فالحدقة مثبتة فى جزء واحد ولا تنكمش للضوء ولكنها ربما تنكمش بغير انتظام للمسافة وحجم إنسان العين يكون فى الغالب مختلفا فى العينين .

الفعل المنعكس للركبة والكعب معدوم بالمرة وهذا من العلامات الأكيدة للتابس وتحصل أحيانا ضخامة فى المفاصل بدون ألم وتعرف باسم مفاصل شاركوت فاذا أمرنا المريض بالوقوف والأرجل ملتصقة تماما مع عدم فتح العينين (علامة رومبرك) فانه يميل الى أحد الجنبين ولا يمكنه الثبات فى هذا الموضع .

الفصل الثالث

الزهرى الثلاثى — الزهرى الخبيث

يمتاز الزهرى الخبيث بظهور تقرحات حادة مبكرة عن المعتاد وتحصل هذه التقرحات فى فروة الرأس والأطراف والفم وسببها إما أن تكون البنيـة ضعيفة أو على رأى بعضهم أسـبيروشيتى خاص ومن المعلوم أن الضعفاء والذين سبقت إصابتهم بمرض الملاريا يكونون عرضة للمرض مع العلم بأنه ربما يحصل فى أشخاص سليمى البنيـة أيضا أما وجود أسبيروشيتى خاص لازهرى الخبيث فلم يمكنا التحقق من ذلك ومن الغريب أننا نلاحظ أن المصابين بهذه التقرحات الحادة هم أقل تعرضا للاصابات الزهرية فى الأعضاء الداخلية .

الدور الثـــلاثى

بعد انتهاء الدور الثانوى من سنتين الى عشر وفى بعض الأحوال الى ثلاثين سنة يظهر بعض عوارضه .

أثناء اصابة المريض بالزهرى قد يتخلف بعض الاسبيروشيت ويكمن فى أى جزء من الجسم ويستمر فى حالة خمـول الى أن يأتى يوم ينتعش موضعيا ويظهر بشـكل أورام تسـمى بالصمغيات وهى إما أن تتقرح أو تتصرف تاركة أثر الالتحام .



يغلب حدوث الصمغيات فى الجلد أو الطبقة التى تحت الجلد أو العظام أو الصفن — الكبد — المخ — السحاء — ومن الغريب أن نحـوا من العشرين فى المائة من المصابين لا يعرفون شيئا عن اصابتهم بالزهرى الأولى أو الثانوى ويعرف وجود الزهرى عند النساء بواسطة عدد الاجهاضات . الزهرى الثلاثى أكثر وجودا فى النساء من الرجال وذلك ناتج من أن الزهرى يظهر فى الرجال فى دوره الأول والثانى بشكل يحمل المصاب على البحث عن العلاج فيعالج بخلاف النساء يصبن كما ذكرنا من قبل بالصمغيات غير المتجانسة ويحضرن (فى العيادات الزهرية) عادة باصابات جلدية .

إصابات الجلد الزهرية الثلاثية

(١) الزهرى الدرنى الثلاثى يظهر بشكل طفح درنى بهيئة درنات متكاثفة ذات لون أحمر قاتم وهذه الأدران ربما تتصرف بواسطة الامتصاص تاركة فى مكانها أثر التحام مصبوغة أو تتقرح وتحدث قروحا متصلة بعضها ببعض بشكل هلالى أو شكل غير منتظم أو شكل حلزونى (ثعبانى) زاحفة فى الأنسجة من الحافة المحدبة آخذة فى الالتئام من الحافة المقعرة .

ومع كثرة اسطح المتقرح فانه لا يحدث أى ألم .

ويلتبس هذا الشكل عادة بمرض الذئب الأكال ويلزمنا أن نعرف أن أمهر الأطباء الإخصائيين لا يمكنهم فى بعض الأحوال أن يفصلوا

فى التشخيص إلا بواسطة فحص الدم على طريقة وازرمان ولكن تقرحات الذئب الأكال مزمنة و بطيئة الفعل وأن مساحة ما تأكله من الأنسجة فى سنين يأكله الزهرى فى عدة أسابيع .

التقرح ذو الشكل الهلالى يحصل عادة فى الزهرى وأما تكون التقرح فى أثر الالتحام فيحدث فى الذئب الأكال واذا ضغطنا على الدرنة التى فى الجلد بواسطة قطعة من الزجاج الأبيض يصير لونها أصفر ضارباً الى الحمرة .

(٢) الصمغيات الجلدية هى أورام تنشأ فى الأدمة وفيما تحتها من الأنسجة ولها ثلاث مراحل :

(الأولى) مرحلة الترشيح — هذه عبارة عن ورم بسيط غير محدود يبتدئ فى العضلات أو العظام و يمتد فى وقت قصير أحياناً وذلك حسب انتظام المريض فى العلاج أو عدم انتظامه فاذا حصل التصريف فلا يترك أثراً للالتحام .

(الثانية) مرحلة موت الأنسجة — يتلون الجلد بلون أحمر قاتم ثم يتقرح ويخرج منه سائل صمغى .

(الثالثة) مرحلة التقرح — التقرح الصمغى هو تقرح غائر متصلب ذو قاع مفرطح ومغطى بخشكريشة ناتجة عن موت الأنسجة غير مصحوب بألم و بعد الالتئام يترك أثر التحام شفافة رقيقة مصبوغة .

تظهر القرح الجلدية عادة على الأرجل — فى الوجه — الأنف — الشفتين — فروة الرأس — راحة اليدين — وأخمص القدمين .

أصابات راحة الكفين وأخمص القدمين فردية (أى اصابة يد أو أخمص واحد) ومصحوبة بتضخم فى الطبقة القرنية فى الجلد مع ترشيح غائر كثير وتشبه فى باقى أوصافها التقرح الثلاثى .

إصابة الأغشية المخاطية للزهرى الثلاثى

تحصل عادة فى اللسان والحنك الصلب ، ففى اللسان تظهر فى ثلاثة أشكال ترشيح صمغى وهو عبارة عن التهاب فى عضل اللسان يأخذ شكلا درنيا غير منتظم — صمغات محدودة فى وسط اللسان غير مصحوبة بألم آخذة فى التقرح ببطء محدثة تقرحات صمغية — التهاب مزمن سطحى فى اللسان يبتدئ حول الحلمات اللسانية مضاعفا لما اعتاده المريض من شرب الدخان أو الخمر وهذا النوع يظهر فى شكلين : النوع التضخمى الذى تكون فيه الحلمات اللسانية كبيرة ومستطيلة وسميكة ومكونة من طبقات من الغشاء القرنى ذى اللون الأبيض أو الأسمر . والنوع الضامر وفى هذا النوع نجد الحلمات اللسانية مفرطحة وقصيرة ولون اللسان أحمر لامع ومؤلم عند الحركة وكثيرا ما يختلط هذان النوعان فى لسان واحد وفى وقت واحد ويكون ذلك مصحوبا بقرح سطحية بسيطة ربما كانت ابتداء السرطان القرنى (ابثليوما) .

تشخيص الزهرى الثلاثى

الزهرى الثلاثى فى الجلد وفى الأنسجة تحت الجلد

ويلزمنا معرفة النقط المهمة الآتية :

(١) سرعة الظهور والامتداد فى الزهرى .

(٢) عدم التضخم فى الغدد اللمفاوية المناسبة .

(٣) وجود نيكروز (موت) فى العظام أو تقرح غائر فى العضل .

(٤) بفحص اللسان غالبا نرى الالتهاب اللسانى السابق شرحه أو ثقبا فى الحنك الصلب .

(٥) فحص الدم على طريقة وازرمان نجدها إيجابية فى ٩٧ ٪ من الأحوال .

(٦) مجرد إعطاء المريض زئبقا ويادورا يتماثل ويشفى بسرعة غريبة .

ويلزمنا معرفة الفرق ما بين الزهرى الدرنى ومرض الذئب الأكال وقد وفينا ذلك حقه فى الشرح .

الفصل الرابع

المرض فى دور الخمول والزواج

يعبر عن دور الخمول بالحالة التى لا توجد فيها علامات زهرية ظاهرة على المريض مع وجود وازرمان إيجابى — ويحضر المريض عندنا غالبا للاطمئنان على نفسه فيسألنا فحص دمه وفى أغلب الأحوال يكون عازما على الزواج ومجتهدا فى معرفة ما اذا كانت حالته معدية لزوجته أو لنسله أوغير معدية . وللاجابة على هذا السؤال يلزمنا معرفة ثلاثة اعتبارات :

(١) تاريخ العدوى ، (٢) مقدار ما أخذه من العلاج ، (٣) نتيجة وازرمان .

وقبل ظهور طريقة وازرمان كان من المسلم به أن أشخاصا عديدين مصابين بمرض الزهرى يرزقون بأولاد خالين من المرض وخصوصا اذا حصل الزواج بعد الاصابة بعدة سنوات وحينئذ يلزمنا اعتبار تجارب العلماء المتقدمين وهذا لا يمنعنا طبعا من وزن الحالة على أحدث الطرق العلمية من غير أن يحدث ارتباك عقلى للمريض بغاية الامكان .

(١) المصابون بمرض الزهرى فى الدور الأولى أو الدور الثانوى الذين عالجوا أنفسهم على يد أطباء مهرة فى صناعتهم ومضى عليهم أ كثر

من سنتين بدون ظهور أى عارض ظاهرى ومع وجود واز رمان سلبى يسمح لهم بالزواج .

(٢) لا يمكننا مطلقا الحكم بمصير الأحوال التى تعطينا واز رمان إيجابى بعد مضى سنة أو سنتين من تاريخ انتهاء العلاج ولكن من المتبع أن يعالج هؤلاء مدّة سنة قبل التفكير فى صلاحية الزواج ولو فرضنا أن نتيجة واز رمان كانت إيجابية بعد مضى ثلاث سنوات على العلاج للزم أن نصرح بالزواج لأن التجارب دلت على عدم تلقيح المرض بعد هذه المدّة مع هذه الشروط .

ويستحب أن تعالج الزوجة فى هذه الحالة أيضا وخصوصا فى ابتداء الحمل لمدّة الستة الأشهر الأولى من الحمل حتى نتأكد بذلك من عدم ظهور الزهرى الوراثى فى الطفل .

(٣) المفهوم أن الاسبيروشيت وقوة عداوتها تضمحل وتموت بمضى الوقت فى الزهرى الثلاثى وعلى ذلك تقل نسبة حدوث العدوى وقد قال بعضهم : إنه اذا وجد مصاب بصمغية فى الأطراف مثلا ومضى عليه وقت غير قليل لا يمكننا منعه من الزواج الى أجل غير مسمى وفرصة الشفاء فى هذه الحالة قليلة وغير ممكن الحصول عليها فيلزمنا حينئذ ألا نتأثر قليلا بنتيجة واز رمان بل يكون الحكم فى هذه المسألة للتجارب الشخصية وتاريخ حدوث العدوى ومبلغ تأثر المريض من الطرق العلاجية المستحدثة الشديدة فاذا شفى المريض بسرعة وتغيرت طريقة واز رمان

من ثلاثة أرباع الى الربع مثلا يمكننا أن نقول : إن الحكم فى هذه الحالة هو كالحكم فى الحالة السابقة وتطبيق نظريات العدوى فى هـذه الأحوال ليس كما يجب .

والخلاصة أن مركزنا يكون دقيقا جدا فى هذه الأحوال ولا نودّ أن نضغط على المرضى المصابين من مدّة خمس عشرة سنة أو عشرين بدون ظهور عوارض زهرية ظاهرية بعلاج شديد والسبب فى ذلك أن هذا العلاج قد يكون سببا فى تحريك مركز خامل أو التأثير العصبى الشديد على المخ وعلى سبيل الاستدلال نذكر الحالة الآتية :

رجل أصيب بمرض الزهرى وهو فى السنة التاسعة عشرة من عمره وبعد مدّة غير معلومة تزوج ورزق بولدين أدخلا فى العسكرية بعد الكشف الطبى كنمرة (١) وحاربا فى فرنسا غير أن الأب لمناسبة ماقرأه حديثا فى الجرائد بخصوص الأمراض الزهرية استصوب فحص دمه وهو فى الحادية والستين من عمره فكان إيجابيا بمقدار النصف .

وقد رأى بعضهم أنه لاداعى لعلاج هذا الشخص وهو فى هذا السنّ ولكنى أرى أنه من الضرورى علاجه وعلى الزعم الأول أنه لا يرجى مطلقا أن نحصل على واز رمان سلبى وأن كل علاج ننصح به ليس له نتيجة سوى الإجهاد العقلى وتوتر الأعصاب من المشغولية وأن إخبار هذا الشخص بألا يخاف شيئا وأن لا داعى للعلاج مطلقا ربما أثر فى أعصابه التأثير الكافى ولو أن ذلك ليس مما تأمر به النظريات المستحدثة ويلزمنا

التنبيه الشديد على الأطباء بألا يسمحوا لأنفسهم بالسير على وراء وازرمان إيجابي وسيأتى وقت نتحقق فيه أن إيجابية وازرمان فى مثل هذه الأحوال لا تحتم علينا علاج الشخص ولكنها لا تدلنا أكثر من أن المريض سبقت إصابته بالزهرى يوما ما .

ويلزمنا هنا أن نجزم بأن عملية فحص الدم على طريقة وازرمان تجرى بمعرفة أطباء إخصائيين مهرة فى هـذه الصنعة ولهم تجارب كثيرة فيها حتى يمكننا الاعتماد على التقارير التى تعطى لنا منهم .



الفصل الخامس

الـــزهرى الـــوراثى

إن المرأة التى تضع جنينا مصابا بالزهرى لا بد أن تكون هى مصابة به أيضا ســواء ظهرت عليها عوارض زهرية أو كان المرض مزمنا معها فى درجة الخمول .

ومن المعلوم أن العوارض الزهرية التى تظهر على الجنين تتناسب مع المدة التى قضتها الأم وهى مصابة بالزهرى قبـل الحمل ولذلك اذا حملت الأم وهى فى الدور الثـلاثى وجاءت بجنين حى فلا تظهر عليــه علامات زهرية شديدة الوطأة وبعكس ذلك اذا كانت الأم مصابة حديثا بمرض الزهرى وحملت فقد يحصل ما يأتى :

(١) جنين مفقود الحياة ومصاب اصابة شديدة .

(٢) الوضع قبل الميعاد القانونى فنجد طفلا عليه طفح فقاقيعى يعيش بضع ساعات فقط ثم يموت .

(٣) هذا النوع هو الذى يحضر بالعيادة الزهرية يظهر على الطفل طفح وردى أو طفح بقعى حلمى كظهوره فى الدور الثانوى للزهرى المكتسب غير أنه يكون أكثر انتشارا فى الأطفال عما هو فى الاصابات المكتسبة .

ويكون الطفل نحيف الجسم مصفر اللون « فقر دم » فراحة اليدين وأخمص القدمين أهم ما تظهر عليهما العوارض — فاذا وجدنا طفحا من

أى نوع كان فى هـذه المواضع بطفل حديث الولادة يلزمنا السـؤال عن تاريخ الوالدين ونعتبرها حالة شـديدة الاشتباه فالطفح الحلمى فى الصفن والشرج المصحوب بزكام فى الأنف وضخـامة فى الكبد أو الطحال مع تحول فى الجسم من ضمن الأعراض .

قد يولد الطفل وعليـه الطفح فى أحوال نادرة ولكن يظهر الطفح عادة بعد مضى ثلاثة الى أربعة أسابيع مـن تاريخ الولادة ويُظَن أن الأطفال المولودين بشعر طويل جدا مصابون بالزهرى .

إن تشخيص مرض الزهرى الوراثى عنـد الأطفال ليس بهين تصابُ الأطفال بطفح مختلف الأنواع لأمراض مختلفـة فكثيرا ما نرى طفحا فى العجان والأليتين وفى ثنـايا الأفخاذ وردى اللون يشـبه الطفح الزهرى غير أنه يختلف عنـه بعدم وجوده فى راحتى اليـدين وأخمص القدمين وقد تحدث فى هـذا الطفح بثور وتقرحات سطحية ولكن ممـا لا شك فيه أنه لا تحدث اصابات فى الأغشية المخاطية .

ويجب فى التشخيص على العموم بحث دم الطفل ودم أبويه أيضا عند الالتباس .

للطفح الزهرى الوراثى أشكال مختلفة كما فى الزهرى المكتسب فالطفح الوردى والبقعى والحلمى والبثرى والفقاقيعى والصمغى كلها أنواع قد تظهر على الطفل مصحوبة بالتهـاب زهرى فى الأصابع وكذا التهاب المفاصـل وإصابتها قد تظهر متأخرة . تضخم احدى الخصيتين بدون سبب ما ثم يتبع بضمور الخصية وهى ظاهرة من علامات الزهرى

(لوحة رقم ١٧)



فى السنة الأولى من العمر وبعد ما يبلغ الطفل ستة أشهر تظهر العلامات الزهرية التى تشابه علامات الزهرى الثلاثى المكتسب فى بعض الأحوال ولكن من المؤكد أن الصمغيات واصابة الجلد بتقرحات مع اصابة العظم وخاصة عظم الأنف والحنك الصلب تحدث عادة متأخرة أى فى السن من الثالثة الى العاشرة من العمر ويلتبس تشخيصها بمرض الذئب الأكال وبعد السنة العاشرة أو الثانية عشرة تظهر علامات ثابتة واضحة تنبئ عن الاصابة الوراثية لمرض الزهرى ويندر اجتماع كل هذه العلامات فى مريض واحد ولكن وجود إحداها أو اثنين مجتمعتين منها فيه يوجب إجراء فحص الدم على طريقة واز رمان — وهذه العلامات هى :

(١) تغير واضح دائم فى إحدى القواطع أو كلها فتكون القاطعة مستديرة الزاويتين بدلا من أن تكون مربعة ذات زاوية قائمة والطرف السفلى مسنن وغير منتظم أو يكون متخذا شكلا هلاليا ويكون السطح المقعر متجها الى أعلى .

وغنى عن البيان أن الأسنان تصاب بأمراض كثيرة تسبب أشكالا مختلفة لهـا كما يحدث مثلا من تعاطى الزئبق مع ظهور عوارض تسممية وأنه يلتبس تشخيصه علينا فى هذه الحالة .

(٢) ومن أهم العوارض فقد حاسة السمع المزدوجة عند سن البلوغ ويحصل هذا الصمم تدريجيا فان لم يتدارك بعلاج مناسب يفقد المريض سمعه الى الأبد .

(٣) التهاب غشاء القرنيـة المزمن المزدوج يحـدث بنسبة ٩٩٪ فى سن البلوغ أو قبل العشرين سـنة من الزهرى ويلزمنا التنبيه على أن

وجوده حاسم فى التشخيص وربما يبتدئ هذا المرض عادة فى السابعة والثامنة من العمر وأحيانا يتأخر ظهوره لسن العشرين فتصاب عين واحدة بعتامة خفيفة مع ضعف فى قوة النظر ثم تزداد شيئا فشيئا وبالفحص البسيط نجد خيوطا من الأنسجة بيضاء فى القرنية غير متلاصقة ثم تزداد شيئا فشيئا حتى يفقد المريض قوة النظر وقد تتبعها العين الأخرى وأن هذا المرض من حسن الحظ قابل للشفاء تماما بالعلاج بعكس إصابة حاسة السمع .

إصابات المفاصل والعظام

الزهرى الوراثى قد يصيب المفاصل والعظام وقد ذكرنا التهاب الأظافر والمفهوم أن إصابة مفصل الكتف فى الأطفال تظهر بشكل شلل كاذب فى الذراع وكل هذه الأحوال يستشار فيها الجراح عادة فالتهاب الغشاء المغطى لمفصل الركبة غير المصحوب بألم يستوجب فحص دم المريض وقد يحصل هذا الالتهاب فى الرسغ أو الكعب أحيانا وقد يحصل تدرن عظمى فى سطح القصبة أو فى سطح عظام الجمجمة يعرف بدرنات باروت وهى من العلامات المؤكدة لحصول إصابة زهرية سابقة . ومن الطبيعى أنه يلزمنا عمل فحص دقيق فى جميع الجسم للتأكد من عدم حصول هذه الأدران عن مرض كالكساح أو غيره .

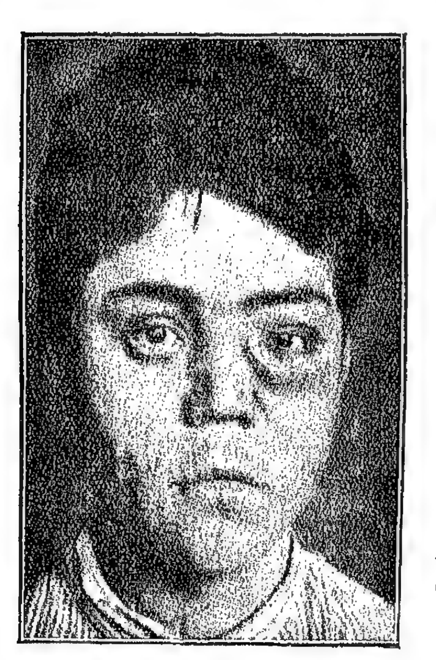
تسبب إصابات العظام تغييرا دائميا فى شكل الوجه فى أغلب الأحيان بحيث اذا رآه الطبيب مرة فى حياته لا يمكنه أن يلتبس عليه أمره مرة أخرى فتأخذ الجبهة شكلا مربعا مركزيا مع وجود درنة بارزة فى وسطها ويصير الأنف قصيرا مفرطحا كسرج الفرس ويوجد نتوء عظمى ظاهر



فى عظمى الصدغ بحيث يعطى مع اجتماعه بالنتوء الذى فى الجبهة شكل مقدم الرأس شكلا مستطيلا سطحه غير مائل الى الأمام تدريجيا كالمعتاد وقد يوجد أيضا درن عظمى فى عظم الجبهة تحت الحاجبين مضاعفا لذلك حجم التجويف العظمى للعينين .

وهذا لا يمنع وجود ثقوب فى الحنك الصلب أو أثر التحام بشكل غير منتظم فى الحنك الرخو بحيث يتداخل ذلك فى وظيفة الصوت .

وفى النساء لاننسى السؤال عن عدد مرات الإجهاض وفى كل هذه الأحوال يلزمنا فحص الدم على طريقة واز رمان ولو جاءت النتيجة مشكوكا فيها يلزمنا إعطاء المريض قليلا من المستحضرات الزرنيخية بمقدار بسيط وقد استكشف حديثا أن بعض أحوال الصرع والبلاهة والغباوة الوراثية لها علاقة بالزهرى الوراثى حيث وجدت واز رمان إيجابية ومما لاشك فيه أن أغلب هذه الأحوال يتحسن كثيرا بالعلاج الزهرى .



(شكل ١) الزهرى الوراثى فى سن المراهقة وبعده

الفصل السادس

علاج الزهرى

يعالج الزهرى بواسطة: (١) الزئبق ومستحضراته، (٢) المركبات الزرنيخية، (٣) البزموت ومستحضراته .

وتوجد ثلاثة عقاقير أخرى تساعدنا فى أحوال خاصة فى العلاج وهى :

(١) اليدور ومستحضراته .

(٢) الكبريت — ويستعمل فى حمامات اكسلا شابل فهو يساعد المريض فى أخذ كميات كبيرة من الزئبق كما يساعد الجسم فى تصريفها منه بسهولة دون حصول أعراض تسمم .

العشـــبة — يرجع تاريخ استعمال العشبة الى زمن استكشاف أمريكا ووجود الزهرى حيث كانت الملكة ازابلة تامر جميع المراكب التى فى البحار بأن تأخذ العشبة معها فى السفر لمعالجة المرضى وهى بلا شك تفيد فى أحوال الاضمحلال وافتقار الدم الناتج عن الزهرى فى دور تحول الثلاثى ولا زالت الى الآن تستعمل فى شكل مستحلب فى بعض أحوال زهرية ثلاثية ومن المؤكد أنه سيأتى زمن قريب جدًا ينعدم فيه ذكر اسم العشبة فى معالجة الأمراض الزهرية .

إن تجاربنا العديدة فى الأجيال السالفة برهنت على أن للزئبق فعلا شافيا نافعا لمرض الزهرى ويعطى بواسطة الفم — التدليك — الحقن فى العضلات — الحقن فى الوريد — وكان يستعمل قديما بواسطة التبخير أو بالمستقيم أيضا .

وغنى عن البيان أنه لا بد من التأكد من عدم اصابة المريض بالزلال فى البول قبل تعاطى الزئبق ومن نصح المريض بأن يستعمل عجينة من عجائن تنظيف الأسنان أو الغرغرة بواسطة ماء أكسجين بنسبة ١٠ ٪ أو كلورات البوتاسا بنسبة ٣ ٪ أو لسترين بنسبة ١ ٪ مرتين فى اليوم . ويقلل المريض من شرب الدخان بل يمنعه بتاتا اذا وجدت اصابات فى الأغشية المخاطية للفم والحنك كما يمنع أيضا من تعاطى المشروبات الروحية من أى نوع كان وأن تعاطى الزئبق لمدة طويلة يحدث افتقارا دمويا ونحولا فى الجسم كما أن المريض يكون عرضة لعوارض التسمم وهى التهاب فى الأغشية المخاطية للفم والحنك ونزلة معدية معوية — زلال فى البول — ويندر جدا ظهور الطفح الزئبق وتعاطى الزئبق بواسطة الفم أسهل أنواع تعاطى الزئبق وأقلها تأثيرا وكان ذلك هو أحسن طريقة معلومة فى الطب فيما سبق من الأزمان .

ويعطى بشكل حبوب مكونة من مسحوق الزئبق والطباشير قمحة واحدة (٠,٠٦) مع مسحوق بصل العنصل المركب بقدر قمحة واحدة أيضا ثلاث حبات فى اليوم بعد الأكل أو حبوب مكونة من مسحوق الزئبق والطباشير بقدر قمحة ومسحوق الحديد المخفض (ريدكتى) قمحة واحدة أو حبوب مرجال ٠,٠٤ الحبة وأن تعاطى الزئبق على هذا الوجه كثيرا

ما يحدث نزلة معدية معوية مصحوبة بمغص أو إسهال ولا يستعمل الآن إلا فى ظروف خاصة ولمدة قليلة وقد ظهر أن مسحوق الكبريت أو مياه الكبريت المعدنية تشفى هذه النزلات .

التدليك الزئبقى — يفيد فائدة عظيمة اذا استعمل بواسطة مدلكين إخصائيين على طريقة اكس لمدة ستة أسابيع متوالية . وطريقة استعماله هى أن يؤخذ ما يعادل درهما من المرهم الزئبقى فى راحة كف اليد اليمنى ويدلك جيدا ولكن ببطء تحت الإبط الأيسر فوق الأضلاع بعيدا عن شعر الإبط لمدة عشر دقائق تماما ويكون الفم مملوءا بالماء أثناء ذلك لعدم ظهور التسمم الزئبقى الكاذب وفى ثانى يوم تكرر العملية فى الابط الأيمن وفى الثالث فى الفخذ الأيسر من الداخل وفى الرابع فى الفخذ الأيمن من الداخل أيضا وفى خامس يوم فى القطن وفى سادس يوم يعطى المريض راحة وفى السابع يعطى حماما كبريتيا وهكذا تكرر العملية لمدة ستة أسابيع متوالية .

الحقن الزئبقية فى العضلات — من فوائد هذه الطريقة أن مقدار الزئبق الداخل فى الجسم معروف ومعين وذلك يساعد الطبيب فى معرفة أن المريض حقيقة تحت العلاج الزئبقى .

يستعمل فى هذه الحقن نوعان من الزئبق : أحدهما الزئبق القابل للذوبان والثانى الزئبق غير القابل للذوبان فمن النوع الأول السليمانى وسيانور الزئبق وسكينيات الزئبق وسوز يو يدور الزئبق الخ . مثال ذلك :

ســـليمانى ١ر جرام

ملح طعام ٢٠ر جراما

ماء مقطر ١٠٠ جرام

من واحد الى اثنين من السنتيمترات حقنة فى العضلات مرة كل يومين .

أما الأملاح غير القابلة للذوبان فهى الـكالوميــل أو (الزئبق الحلو) — الزئبق المعدنى — ساليسيلات الزئبق — راسب أصفر .

إن الحقن من هذه المركبات هي أقوى مفعولا من المركبات الزئبقية القابلة للذوبان وأشــد تأثيرا فى المرض وتعطى أسبوعيا وأخفها ألمــا هى مركبات الزئبق المعدنى وأقلها تأثيرا . وأشدها ألمـا هى حقن الـكالوميل وأشــدها تأثيرا — ففى البلاد الانجليزية يفضلون حقن الزئبق السنجابى عن غيرها وفى فينا يفضلون سليسيلات الزئبق عن غيرها أما فى مصر فكثيرا ما تشتكى المرضى من الألم المسبب عن حقن سليسيلات الزئبـق ولكن بالنسبة لشدة تأثيرها فى المرض يمكننا فى أغلب لأحوال التغافل عن الألم .

زئبق سنجابى ٤٠ ٪ مركب من :

زئبق معدنى ٤ر٠ جرامات

زيت زيتون ٣ر٠ «

لانولين ٣ر٠ «

يحقن ما يعادل نقطة الى نقطة ونصف من الزئبق المعدنى فى الألية مرة فى الأسبوع وذلك بواسطة حاقنة خاصة .

سليسيلات الزئبق ١٠ر٠ جرامات .

سـائل برافين ٠,١٠٠ جـرام .

يعقم بواسطة الغليان تحت الضغط .

يحقن من واحد الى اثنين من السنتيمترات فى الألية مرة كل خمسة أيام الى سبعة .

ومركبات حقن الراسب الأصـفر هى ٢ ٪ فى سائل البرافين المعقم والكالوميـل هى ١٠٪ فى سائل البرافين المعقم أيضـا وأما اضافة المخـدّرات مع الكالوميل أو الزئبق المعدنى فليس لهـا سوى فائدة وقتية وفى بعض الأحوال تسبب هـذه الحقن أوراما صلبة فى الألية ناتجة عن حبس سائل البرافين فى الأنسـجة ولكنها مع مضى الزمن غالبا تنصرف وفى حالة حدوث التسمم الزئبقى لا شك أن هذه الحقن تكون أشدّ خطرا على المريض من حقن المركبات الزئبقية القابلة للذوبان فيلزمنا والحالة هذه أن نبتدئ أوّل حقنة ربع مقدار لكى نعرف مزاج المريض للزئبق .

العلاج بواسطة المركبات الزرنيخية البنزولية

يرجع تاريخ استعمال الزرنيخ فى مرض الزهرى الى سنة استكشاف الاسبيروشيت بوليـدا المسببة للزهرى فحينما علم أن مرض الزهرى مسبب عنها كان معلوما لدى الطب تأثير الزرنيخ الخـاص فى أنواع الاسبيروشيت بجربت المستحضرات الزرنيخية المعلومة فى ذاك الوقت مثل آتوكسـيل — سوامين — ارسأستين — أرسودان — الخ فوجد لهـا بعض التأثير ولكن المضاعفات التى تحدثها كالتهاب فى العصب البصرى جعلتنا ننبذها ونفكر فى مستحضرات زرنيخية تكون ذات تأثير فى مرض

الزهري وليس لها أي تأثير أو مضاعفات ضارة للجسم وأخيرا استكشف العلامة إرلخ مستحضر ٦٠٦ المعروف تحت اسم سالفرسان (داى أكسى داى ميدو أرسينو بنزول ديهدرو — كلوريد) .

إن مستحضر سلفرسان صنع أولا فى معامل برونيج بألمانيا تحت ملاحظة مستكشفه العلامة إرلخ ولكن ظروف الحرب الاستثنائية قضت بأن يصنع فى معامل كثيرة من الدنيا تحت أسماء مختلفة مثل الجارسيفان — أرسينو بنزول — دى أرستول — أرسينو بلون — ومن الغريب أن المشاهد فى تأثير هذه المستحضرات المشابهة لمستحضر سلفرسان الأصلى والمعادلة له كيماويا أنه ليس كتأثير المستحضر الأصلى فى المرضى ومع الأسف لا يمكننا تعليل ذلك .

استعمل السلفرسان أولا حقنا تحت الجلد فكانت نتيجتها تقرحا نكروزيا بالجلد صعب الشفاء شديد الألم ولكن تأثيره فى مرض الزهرى كان كالسحر وقد شجعنا ذلك على استنباط طريقة أخرى تكون خالية من الألم فأعطى فى العضلات فى الألية ويسبب ذلك ألما شديدا وقت الحقن وبعده لمدة ثلاثة أو أربعة أيام مصحوبا بورم فى الألية ولكن صارت نسبة التقرحات قليلة جدا وأخيرا تقرر بعد تجارب كثيرة أن يحقن فى الأوردة نعم إن هذه الطريقة خالية من الألم بالمرة سريعة التأثير فى المرض ولكنها صعبة العمل — الصعوبة فى تركيب الدواء نفسه قبل الحقن وعمل الحقن نفسه فى الوريد وأن تأثير هذا الاستكشاف فى العالم الطبي

كان شديدا حتى إن أغلب الأطباء ابتدؤا تجربته من (إخصائيين وغيرهم) مما أوقعنا فى ارتباك شديد لكثرة نسبة المضاعفات نظرا للأيدى غير المتمرنة على العمل .

يذاب السالفرسان فى الماء المقطر فيعطى محلولا حمضيا و يلزمنا أن نعادله بمحلول الصودا الكاوية بمقدار ١٠٪ لأجل الحصول على محلول متعادل قبل الحقن وذلك يحتاج الى كثير من التمرن وكان ذلك عقبة فى انتشار استعمال السلفرسان وكل هذا جعل العلامة إرلخ يجتهد فى أن يستكشف مركبات تكون معادلة بحيث لا يحتاج الى أى عناء فى التحضير قبل الحقن فاستكشف مركب ١٢٠٦ المعروف تحت اسم صودا سلفرسان غير أنه تبين أن هذا الدواء أقل تأثيرا فى مرض الزهرى من سلفرسان الأول ثم استكشف مستحضر ٩١٤ المعروف تحت اسم نيو سلفرسان — أى سلفرسان الجديد (فورمالدهيد سلفو أكسليت الصودا مع دى أكسى دى ميدو أرسينو بنزول) والمستحضرات المشابهة له والمعادلة له كيماويا من معامل أخرى تحت أسماء نيوخارسيفان — نوڤا أرسينو بنزول — نوڤا أرسينو بلون — نيودى أرسينول .

وكل هذه مستحضرات تذوب سريعا فى قليل من الماء المقطر وتصلح إذ ذاك للحقن غير أنه لا يمكن أن تستمر طويلا فى المحلول دون تغيير خصائصها وتصير سامة فمن الضرورى جدا أن نكون على استعداد تام قبل الشروع فى تذويب الدواء .

وقد استكشف مستحضر جديد معروف باسم ١٤٩٥ ولكن تركيبه الكيماوى لا يزال سرا من الأسرار ومن مميزات هـذا التركيب عدم تغيره بعد الذوبان لمدة ساعات .

وعلى ذكر مركبات سلفرسان مع الصـودا استمر العلمـاء فى البحث فجاؤا لنا بمركبات سلفرسانية مع الفسفور (جاليل) و بمعادن أخرى مثـل البلاتين — الذهب — النحاس — الفضة — والآنتيمنيوم .

وأهم هذه المستحضرات هو فضة السلفورسان فله تأثير شديد فى مرض الزهرى وأقل منها نسبيا فى حدوث مضاعفات بعوارض التسمم ويعطى فى الأحوال التى قاومت تأثير السلفرسان أو النيوسلفارسان ، ومن الضرورى عدم إعطاء الزئبق مع هذا المستحضر وبالنسـبة الى آرتفاع نسبة الزرنيخ فيـه قد تبين أنه يحدث أحيانا زلالا ممـا يبرهن لنا على شدة تأثيره على الكلى أيضا ويعطى بمقادير ١٠ر٠ و ١٥ر٠ و ٢٠ر٠ و ٢٥ر٠ سنتيمترا مذوبا فى المـاء المقطر المعقم حقنا فى الوريد حقنة كل خمسة أيام الى سبعة .

وقد وجد النيوسلبرسلفارسان (مستحضر فضة سلفرسان الجديد) أقل تأثيرا على المرض من سابقه غير أنه لا يحدث أى عوارض تسممية بالمرة ويعطى بمقادير ٣٠ر٠ الى ٤٠ر٠ سنتيمترا مذابا فى بضعة سنتيمترات من المـاء المقطر المعقم وهو سهل الذوبان عن سابقه ولم يمض الوقت الكافى للحكم على تأثيره فى المرض ورأيى الخاص أنه من أضعف المستحضرات الزرنيخية تأثيرا فى المرض .

السلفارسنيون (الكبريت الزرنيخى) مستحضر إفرنسى حديث لم يمض عليه الوقت الكافى للحكم له أوعليه ولكن الفرنساويين يذكرون مميزاته الآتية :

(١) يحقن بعد إذابته فى نحو خمسة السنتيمترات المكعبة من الماء المقطر فى الوريد أو العضلات أو تحت الجلد .

(٢) ليس عرضة للتحلل بسرعة بعد إذابته كباقى المستحضرات الزرنيخية .

(٣) لا يحدث أى مضاعفات بالوفاة أو مسببة لعاهات .

(٤) عدم حدوث ألم بالمرة مما يحبب استعماله فى الأطفال وعند النساء الغير ظاهر لها أو ردة .

أهم النقط فى علاج الزهرى

يلزم اعتبار كل قرحة فى الجهاز التناسلى زهرية ولو أن الفحص البكتريولوجى يظهر نتيجة سلبية للاسبيروشيت وذلك اذا وجدت ظواهر أكلينيكية على المريض وتهمنا هذه النقطة من جهة ابتداء العلاج المبكر وقد عملت إحصائيات كثيرة منها إحصائيات العلامة هارش التى أثبت بها نسبة ١١,٣ من الأحوال نكس فيها المرض بعد العلاج فى أحوال ابتداء العلاج عند ظهور القرحة فقط ونسبة ٣٣,٧ نكس فى الأحوال التى عولج فيها أثناء وجود الزهرى الثانوى .

العلاج يلزم أن يكون بشدة وبنظام ولمدة طويلة — من المعلوم أن مزاج بعض المرضى يكون سريع التأثر بالأدوية أو تكون الاسبيروشيت

قليلة المفعول فيهم أو يتأثرون بالاثنين معا بحيث يكون قليل من الدواء يشفى المريض ولكن وجود مرضى بعكس ذلك وعدم معرفتنا مزاج المريض يحتمان علينا اتباع هذه القاعدة وهى استمرار العلاج بشدّة ولمدة طويلة .

كل مرضى الزهرى يلزم أن يكونوا تحت المراقبة الطبية لمدة سنتين على الأقل ويلزم الأطباء أن يفهموا مرضاهم بأن عدم ظهـور عوارض ليس معناه انتهاء المرض .

والزئبق وحده لا يشفى الزهرى قطعيا فقد وجد أن ٨٣ ٪ من الأحوال التى عولج فيها المريض بالزئبق لمدّة سنة انتكست وكان عددها ٣٨٧ حالة ولكن العلاج المركب أى بواسطة المستحضرات الزرنيخية والزئبق لمدّة سنة قد انتكس منها نحو من ٣٫٩ ٪ وذلك كله نحو ١٥٢ حالة .

من الصعب جدا وضع أى برنامج مقيـد للعلاج حيث تختلف جدا أمزجة المرضى وكل مريض يحتـاج الى برنامج خاص يوافق مزاجه وأما وضع برنامج مقيد فليس فى صالح المريض .

يستحسن كثيرا أن يفحص سائل النخاع الشوكى على طريقة وازرمان كلما انتهى علاج المريض وقبل الحكم بشفائه .

الطريقة العملية لتركيب الحقن وإعطائها

حيث إن مركب سلفرسان لا يستعمل الآن مطلقا نظرا للأسباب السالفة الذكر وأيضا لأنه يحدث تلفا عظيما فى المسـتقبل للغشاء المبطن للأوعية لذا لا نرى ضرورة مّا لشرح كيفية عمل محلوله وإعطائه .

أما نيوسلفرسان — ٩١٤ — وما يعادله من الأدوية الأخرى المساوية له كيماويا فهى كما يأتى :

— الحقن فى الوريد يستحسن أن ينتخب أحسن الأوردة التى يمكن العمل فيها وهذه هى الأوردة الموجودة فى الذراع عند المرفق من الجهة الأنسية — فأى وريد بارز كبير الحجم فى هذه الجهة يمكن الحقن فيه .

ويستعمل الضغط بعيدا عن محل الوريد المنتخب فى الجهة العليا منه بمسافة ثلاث الى أربع بوصات وذلك لحجز الدم الوريدى السطحى فينتفخ الوريد المنتخب ويستعمل فى الضغط إما اليد وإما رباط بسيط من المطاط أو القماش ثم تكسر أنبوبة النيوسلفرسان بواسطة مبرد ويؤتى بكأس معقم صغير وبه نحو ثمانية سنتى مترات مكعبة من الماء المقطر المعقم الدافئ فيوضع المسحوق فى الماء لا الماء على المسحوق فيذوب بسرعة ويؤخذ المحلول فى حاقنة من الزجاج سعة ١٠ سنتيمترات ويستعمل تطهير بسيط فوق سطح الجلد بواسطة البنزين أو الأتير ولا يلزم استعمال صبغة اليود لأنها تلوّن الجلد ولو وقتيا وهذا أمر غير مرغوب فيه فى أغلب الأحوال ثم توضع الابرة فى الوريد ويستحسن أن يكون وضعها فى الجزء الخارجى منه (ويلزم أن تكون الابرة المذكورة لا تقل عن أربعة سنتيمترات فى الطول و ٤ مليمترات فى السمك) ونتأكد من وجودها فى الوريد بالسماح لنقطة أو نقطتين من الدم بالسقوط للخارج ثم نصل الحاقنة بفم الابرة ونجذب قليلا من الدم فى الحاقنة مع ملاحظة عدم وجود أى انسكاب

دموى حول الوريد المنتخب ونرفع الضاغط ثم نحقن السائل تدريجيا مع الاحتراس من إحداث أى ورم مسبب عن انسكاب أى جزء من السائل حول الوريد فى الأنسجة فاذا حصل ذلك يلزمنا سحب الابرة وتكرير العملية فى موضع آخر وعند انتهاء الحقنة يضغط على الوريد بواسطة قطعة من القطن المعقم قليلا قليلا فيبطل النزيف وأن حقن سنتيمتر واحد أو أى كمية تحت الجلد يسبب ألما شديدا فى الحال يعقبه ورم والتهاب شديد فى الأنسجة ويستحسن اذا حصلت هذه الغلطة أن ينصح المريض بعمل ضمادات ساخنة من الماء المعتاد كل ساعة مرة . وقد يستحسن أيضا حقن كمية صغيرة نحو خمسة سنتيمترات مكعبة من الماء المقطر لتخفيف قوة المحلول المركز فى الأنسجة وتوزيعه وغنى عن البيان أنه لا تعمل هذه العملية بواسطة المحلول المركز إلا بواسطة طبيب ماهر متمرن ومميزات هذه الطريقة هى بساطتها وسرعتها وأنها تجعلنا فى أمن من تضييع أى وقت من ساعة فتح الأنبوبة وتذويب الدواء وحقنة فى الوريد كما أن الكمية الصغيرة المستعملة من الماء المقطر لا تضر المريض اذا فرض أنها كانت غير نقية ومن المحتمل جدا أن المحلولات المركزة تفرز ببطء عن المخففة .

الحقن فى العضلات

إن استعمال السلفرسان نفسه (٦٠٦) كحقن فى الألية تحت العضلات طريقة قديمة أهملت بسبب حدوث الألم الشديد وقت الحقن وبعده

وكانت أيضا سببا فى بعض الأحوال لحدوث نكروز (موت) فى عمـوم أنسجة الأليـة تحتاج الى مدة كبـيرة للالتحام وفى بعض الأحوال رأينـا هذه الحقن تحدث ورما داخل العضلات ضاغطا على العصب مسببا ألمـا بجميـع الرجل كما يحدث فى عرق النسا ولذا أهملت بالكلية فلا فائدة من شرحها وأما حقن النيوسلفرسان — ٩١٤ — وما يعادله من الأصـناف الأخرى فيكون بمقدار ٠,٣٠ الى ٠,٦٠ فى الألية تحت العضلات بمحلول مركز من سنتى الى أربعة سنتيمترات مكعبة مصحوبا بسنتيمتر واحد من محلول أستوفايين ٤ ٪ لتلطيف الألم .

وهى تستعمل فى بعض الأحيان خصوصا فى أحوال الزهرى الوراثى عند الأطفال ويمكن إعطاء ٦ حقن متوالية كل أسبوع حقنة .

إعطاء المستحضرات الزرنيخية بواسطة الشرج

هذه الطريقة وجدت تشجيعا كثيرا من بعض الأطباء فى سنة ١٩٢٠ أو ما قبـل ذلك بقليل وهى مؤسسة على فكرة العـلامة لفاديتى وهى أن محلول السلفرسان لا يمكنه أن يقتل الاسبيروشيت خارج الجسم ولكن اذا وضع قليل من خلاصة الكبد فى هـذا المزيج وجدنا الاسبيروشيت يموت بسرعة وعلى ذلك اعتقد أن السلفرسان فى الجسم لا يكون قاتلا للاسبيروشيت ما لم يمر بالكبـد وحين ذاك يكون قاتلا للاسبيروشيت ولذلك اذا استعملنا السلفرسان بهيئة أقماع فى الشرج يمكن امتصاصها بواسطة الأمعاء الصغيرة ثم تتحول للكبد مباشرة وتدخل الدورة الدموية

وتكون إذ ذاك قاتلة للاسبيروشيت ويعطى المريض كل ثلاثة أيام قمعا واحدا مسبوقا بحقنة شرجية لتنظيف المستقيم وبعد استعمال ستة من الأقماع يعطى المريض راحة نحو أسبوعين وهكذا دائما وقد نصح بعضهم أن يعطى قمعا كل يوم فى أحوال الزهرى الحادة، أما رأيى فى هذا الموضوع فهو أن مايحدث كيماويا خارج الجسم ليس من الضرورى حدوثه داخل الجسم وثانيا أن استعمال الأقماع فى المستقيم ربما تنتهى بالتهاب موضعى فى المستقيم نفسه يكون ناتجا عن الزرنيخ وبناء على ذلك أرى أنه لا فائدة مطلقا فى إعطاء الزرنيخ بهذه الطريقة خصوصا وأن المقادير الزرنيخية التى فى هذه الأقماع ضئيلة .

تحضير المريض قبل الحقن والعلاج وبعد الحقن

يلزم فحص بول المريض خاصة من أجل الزلال والسكر وقد سبق إبداء رأيى فى هذا الموضوع ويستحسن أن يأخذ المريض فى مساء اليوم قبل الحقنة مليناً خفيفاً وعشاء خاليا من اللحوم وفى يوم الحقنة يؤمر المريض بأخذ قليل من اللبن مع القهوة أو الشاى قبل ميعاد الحقنة بأربع ساعات ولا يسمح له بأى غذاء صلب فى يوم الحقنة .

يستحسن أن يلازم المريض فراشه بعد الحقنة وألا يأخذ أى طعام سوى اللبن وذلك لا يكون قبل مضى أربع ساعات بعد الحقنة ولا يمنع من تعاطى الماء بكثرة لحصول إدرار فى البول، ومن المهم جدا أن تكون الطبيعة لينة ثانى يوم الحقنة وبعدها لأن مضار الزرنيخ ناتجة من عدم تصرفه من الجسم .

العوارض الظاهرية التى ربما تحصل وقت تعاطى الحقن الزرنيخية أو بعده هى عدم توازن المجموع العصبى أو ما يعبر عنه بالبحران المنفجر .

ولو حدث ذلك نجد عادة احتقانا شديدا فى الوجه وانتفاخا فى الوجنتين وتمددا فى انسان العينين ونبضا سريعا واختناقا شديدا فى التنفس وألما فى جهة القلب وفى بعض الأحوال الشديدة نجد ورما فى الوجه واللسان وتعطيلا فى الجهاز التنفسى وارتعاشا فى الشفتين مصحوبا بغيبوبة بسيطة وقتيا وبقىء شديد فى النادر خصوصا فى الأحوال التى لم تراع فيها التعليمات الخاصة بالأكل قبل الحقن .

وقد يحصل أحيانا إغماء شديد مصحوب بقىء .

يشعر المريض بشىء كطعم الثوم فى فمه وذلك يعقب عادة الحقن بالمحلولات المركزة .

ما يحصل بعد الحقن بساعات قليلة

قد يحصل للمريض قشعريرة بسيطة يعقبها ارتفاع الحرارة الى درجة ٣٨,٥ سنتيجرادا وذلك بعد مضى وقت من ساعة الى ثلاث ساعات بعد الحقنة وقد تكون مصحوبة بألم فى الرأس وتستمر مدة اثنى عشرة ساعة وفى الأحوال النادرة مدة يومين ويقول بعضهم : إن هذه العوارض ناشئة عن استعمال ماء غير حديث التقطير .

ويحصل فى بعض الأحيان مغص مصحوب بقىء أو إسهال وذلك عقب القشعريرة أو بدونها .

الهربس الحمى قد يحصل عقب ارتفاع الحرارة مباشرة أو فصل هكسهيمر ويحدث عادة بعد حقن السلفرسان بمدة اثنتى عشرة ساعة عقب الحمى ألم الرأس وانحراف مزاج وورم فى القرحة الأولية وتحاط بهالة حمراء زاهرة وكذا انتفاخ فى الطفح الثانوى مع اشتداد وازرمان .

ردّ الفعل الذى يحدث بعد يومين الى شهر أو أكثر بعد الحقنة .

(١) الزلال — فى بعض الأحيان نجد زلالا فى البول مع قلة فى كمية البول فى مدة ٢٤ ساعة ووجود الزلال وقتى فى أغلب الأحوال ولكنه يمنعنا من الاستمرار فى الحقن حتى يزول تماما .

(٢) التهاب فى تجويف الفم — صار من المسلم به الآن أن المرضى الذين يعالجون بالزرنيخ مع الزئبق أكثر عرضة لالتهاب الفم من التسمم الزئبقى عن الذين يعالجون بالزرنيخ أو الزئبق كل على حدته .

(٣) الألم المزمن فى الرأس وضعف الشهية مع انحراف فى المزاج ونقص فى الوزن العمومى للجسم وكل هذه الأعراض تنذرنا بأن المريض لا يحتمل كثيرا من الزرنيخ ويلزمنا الحذر من التمادى فى إعطائه .

(٤) التهابات جلدية .

(٥) الشوكية الوردية — قد يظهر الطفح بعد الحقن مباشرة أو بعده بأيام وهذا انذار شديد للكف عن التمادى فى إعطاء الزرنيخ فقد يظهر طفح وردى فى الاثنتى عشرة ساعة الأولى بعد الحقنة مصحوبا بارتفاع فى الحرارة ثم يزول أو تزول الحرارة ويستمر الطفح ويظهر قشر

خفيف كالنخالة و يتحول لون الجلد الى أحمر بنى وفى بعض الأحوال يظهر تقشير عام فى الجلد فى جميع الجسم مصحوبا بانتفاخ فى الوجه وقد تزيد الحالة عن ذلك وتظهر فقاقيع و بثرات مصحوبة بقشور مع أكلان شديد ثم يبتدئ فى الزوال تاركا الجلد فى حالة ضمور وفى أحوال ليست نادرة ترتفع الحرارة وتصحب باسهال وتعقبها الوفاة أو تضاعف بالتهاب رئوى شعبي ينتهى بالوفاة أيضا .

(٦) اليرقان — هذا أقل حدوثا نسبيا من الحالة السابقة وله ثلاثة أنواع : (١) يرقان الزهرى الثانوى ، (٢) يرقان بجزء من رد فعل هكسهيمر وذلك نتيجة لما يعمله الدواء مع الاسبيروشيت فى الكبد ويحصل عادة بعد أول أو ثانى حقنة ، (٣) يرقان زرنيخى حقيقى ويعقب ثالث أو رابع حقنة وربما ينتهى بالتهاب أصفر حاد ضمورى للكبد .

(٧) عوارض مخية تبتدئ بألم شديد فى الرأس وعدم انتظام فى المخ وتشنجات مع غيبوبة (كوما) وارتفاع شديد فى الحرارة ينتهى بوفاة ويحصل ذلك فى مدة اليومين الأولين من تاريخ إعطاء الحقنة وقد وجد فى التشريح المرضى أنزفة موضعية سطحية فى الغشاء السحائى والمخ .

معالجة عوارض رد الفعل

تعالج العوارض الحالية التى تظهر عقب الحقنة مباشرة بشكل مفرقع بواسطة حقن واحد الى اثنين من السنتيمترات المكعبة من محلول الأدرنالين بمقدار $\frac{1}{1000}$ تحت العضلات .

وأما القشعريرة الشديدة وألم الرأس والحمى الشديدة فلا يلزم لها سوى الراحة فى الفراش وفى بعض الأحوال يصرح باعطاء قرص من الاسبرين .

وفى العوارض الجلدية تعالج الشوكية الوردية التى تحصل عقب الحقن مباشرة بواسطة فصد قليل من الدم وإعطاء مسهل شديد ومدر للبول .

وفى الأحوال الشديدة التى بها التهاب جلدى قشرى يلزم تنظيم الغذاء واستعمال حمامات الردة أو البورق يوميا ويدلك الجلد بمرهم قابض مطهر وفى أحوال ظهور بثور كثيرة يمكن استعمال مرهم الاكتيول بمقدار ١٠٪ موضعيا وإعطاء حبوب اكتيول من ١٥ر٠ سنتى الى ٣٠ر٠ سنتى فى الحبة ثلاث مرات يوميا وذلك لا يمنع استعمال حقن الفكسين الاستفيلوكوك المختلط بمقدار ٥٠٠٫٠٠٠٫٠٠٠ مليون فى سنتيمتر مكعب — لا يستعمل هـذا الفكسين إلا بعد التحقق من حالة القلب فيعطى إذذاك إما حقنا تحت الجلد أو حقنا فى الوريد حقنة فى كل أربعة أيام .

النكسات العصبية

كثيرا ما نشاهد شللا أو بعض شلل فى عصب السمع أو عصب الوجه أو العصب المحرك العينى بعد مضى نحو ستة أسابيع من استعمال السلفرسان وقد كان يظن فى بادئ الأمر أن هذا ناتج عن تسمم زرنيخى ولكن اتضح أخيرا أن ذلك ناشئ من عدم استعمال الزرنيخ بمقداره اللازم .

ما لا يتفق مع علاج السلفرسان

المرضى المصابون بأمراض زهرية فى القلب ذاته — فى الشرايين — فى المجموع العصبى المركزى — أمراض الكلى والكبد والحنجرة — يحصل لهم ردّ فعل شديد بعد الحقن وربما كان سببا فى الوفاة ولذلك يلزمنا التنبيه بفحص المريض جيدا قبل حقنه والتأكد من أنه خال من هذه الأمراض .

إن المصابين بمرض كلوى معرضون لأن تضاعف اصابتهم بتسمم زرنيخى عام بسبب التهابا كلويا حادا ناتجا عن عدم تصريف الزرنيخ من الجسم . فمن الضرورى جدا فحص البول للتحقق من عدم وجود الزلال قبل الحقن وبعده .

المدمنون على الخمر يلزمنا الحذر معهم . والمرضى المصابين بأمراض جلدية مثل الاكزيما يلزمنا ملاحظتهم خوفا من انتشار التهاب الجلد الموضعى وتحوّله الى التهاب جلدى عمومى ويستحسن فى هذه الأحوال الأخيرة البدء بمقادير ضئيلة وتكون المدّة بين الحقنة والأخرى أطول من المعتاد .

البزموت — إن تاريخ استعمال البزموت فى علاج الزهرى يرجع الى سنة ١٨٨٩ بواسطة العلامة بلزر غير أنه لم تثبت نتائجه الفعالة فى الزهرى إلا فى سنة ١٩٢١ حيث أعلن العلامة فرنير تجاربه عن مائتى حالة استعمل فيها البزموت لعلاج الزهرى وقد وصفه بأنه علاج شديد قوى ومن ذلك الحين أخذ الناس فى استعماله وظهرت تقارير أخرى عنه فى العالم الطبى وقد جاءت هذه التقارير بما يفيد أن استعمال

البزموت ولو أنه يفيد كثيرا فى علاج الزهرى غير أنه ليس بشاف له ولا يمكن الاتكال عليه وحده فى معالجة المرض إن علاج البزموت ليس مضرا للجسم اذا أخذنا الاحتياطات اللازمة فى منع عوارض التسمم وهى تحصر فى التهاب فى الفم والحنك كالذى يحصل من الزئبق وزلال فى البول ناشئ عن التهاب خفيف فى الكلى ويأخذ البزموت مركزا فى علاج الزهرى ما بين المستحضرات الزرنيخية والزئبق فيستعمل عادة فى الأحوال التى لا تحمل علاج الزرنيخ والزئبق أو فى الأحوال التى ظهر فيها مقاومة شديدة من البنية ومن المرض لعلاج الزئبق أو الزرنيخ مع استمرار وازرمان إيجابى .

يلزمنا التنبيه الى أنه لا يستعمل البزموت حقنا فى الوريد لشدة خطره .

ويسبب البزموت التهابا فى الفم والحنك مبتدئا برائحة كريهة فى الفم مع وجود خط أزرق على اللثة ثم تتكون غشاءات مخاطية كاذبة مع تقرحات خفيفة أو غائرة ملتهبة ربما اقترنت بالتهاب فى الأمعاء الدقيقة أو الغلاظ والالتهاب الكلوى الشديد الحاد قليلا ما يعقب حقن البزموت وكذا لا يعقب هذه الحقن قشعريرة أو حمى ولكن من الملاحظ أن المريض يزيد فى الوزن فى أوائل علاجه ثم يبتدئ بفقد كثير من وزنه وربما يصحب ذلك ألم فى الرأس أو يرقان .

ومن رأى العلامة كول أن البزموت يضعف ويحاصر الاسبيروشيت فى مكانها ولا يميتها .

ومع الاعتراف بأن العلاج بالبزموت ما زال فى المهد غير أن النتائج التى تحصلنا عليها بواسطته ترغمنا على الاستمرار فى مباحثنا العلمية عن نتائجه وقد وجدت كثيرا من المستشفيات فى برلين تستعمل البزموت والسلفرسان دون استعمال الزئبق وفى أمكنة أخرى وجدنا استعمال المستحضرات الزرنيخية فقط فى العلاج الزهرى وبناء على ذلك يلزمنا القول بأن الآراء الآن منقسمة فى تقدير فوائد البزموت فى العلاج ويظهر أن المسألة أخذت شكلا وطنيا أكثر منه علميا فبينما نجد المقالات الطنانة والنتائج الباهرة باستعمال البزموت فى فرنسا نجد فى النمسا عدم التشجيع بالكلية على استعمال هذا العلاج وهكذا .

الأملاح المستعملة — هى طارطاروا بزموتات الصودا والبوتاس — يدور البزموت والكينا وغيرهما — تستعمل حقنا فى العضلات فى الألية مرة كل أسبوع بمقدار سنتى الى اثنين من السنتيمترات المكعبة فى الحقنة وقد وجدت مستحضرات كثيرة جاهزة تحت أسماء مختلفة وكلها من أملاح البزموت غير الذائبة مثل بسمجنول ميلانول الخ .

اليـــــدور

يستعمل اليدور فى علاج الزهرى على شكل مركبات غير عضوية معروفة تحت أسماء يدور البوتاس — يدور الصودا — يدور الجير — يدور إسترنتيوم كما يوجد أيضا مستحضرات عضوية جاهزة تباع تحت أسماء مختلفة :

(١) فعل اليدور — يلزمنا التأكيد هنا بأنه ليس لليود أو مركباته فعل شاف لمرض الزهرى فانها لاتهاجم الاسبيروشيت ولكنها تعتبر ضمن الأدوية المساعدة للعلاج — ففى الزهرى الثلاثى نلاحظ أن استعمال اليود يسبب امتصاص الأورام الصمغية بسرعة مدهشة خصوصا التى تكون حول الشرايين الصغيرة .

(٢) يعطى اليدور بمقادير مختلفة من ٠,٥ الى ٢,٧٥ جرامات ثلاث دفعات فى اليوم بعد الطعام مخففا كثيرا بالماء ولا ننسى أن اليدور بالمقادير الكبيرة مدر للبول وهذا يفهمنا السبب الذى من أجله ينصح فى بعض أحوال التسمم اليودى بمضاعفة المقدار للمريض .

(٣) التسمم اليودى — سبق شرح عوارضه فى تشخيص الزهرى الثانوى وقد وجد بعض أشخاص ذوى مزاج حاد لليود ففى الأحوال البسيطة يمكن ادراك ذلك بزيادة المقدار أو بمزج المقدار مع سائل النوشادر العطرى أو كربونات النوشادر أو مستحلب الكينا الخ وفى الأحوال ذات المزاج الحاد لليود يلزمنا ابدال اليدور بمستحضرات جاهزة مثل يوديبين — يدوجليدين الخ .

علاج الزهرى فى درجاته المختلفة

لا يوجد للآن مع الأسف اتفاق عام على طريقة انتخاب العلاج الشافى ولا يهمنا فى هذا المكان ذكر أسباب ذلك وإنما يظهر أن الاختلاف مؤسس على عدم اعتماد السلفرسان ومركباته الزرنيخية كشاف للزهرى أو مجهض للرض إلا فى أحوال ابتداء العلاج فى الزهرى الأولى وعلى ذلك

يلزمنا التنبيه الى انتهاز الفرصة وإعطاء علاج شـديد ليتم الشفاء فى مثل هذه الأحوال وكل ما يمكننا مـن القول هو شرح علاج تمهيدى يمكن اتخاذه كأساس للطبيب فى معالجة أحوال كثيرة بنتائج مرضية .

(١) أحوال الزهرى الأولى المبكر .

المقصود من ذلك أن يكون عمر القرحة الأوليـة خمسة أسابيع على الأكثر من تاريخ التعرض للعدوى وغدد الأوربية منتفخة قليلا مع عدم وجود أى انتفاخ فى الغدد اللمفاوية الأخرى حتى التى فوق المرفق ويكون ذلك مصحوبا بوازرمان سلبى — ففى هذه الحالة يحتمل الحصول على الشفاء بحقن المستحضرات الزرنيخية وقد نصح العلامة سكوايرا باستعمال الطريقة الآتية فى مستشفى لندن :

نيوسلفارسان أوما يعادله ٠،٦٠ ٠،٩٠ ٠،٩٠ ٠،٩٠ للذكر .

٠،٦٠ ٠،٦٠ ٠،٩٠ ٠،٩٠ للأنثى .

يتبع ذلك بثمان حقن زئبقيـة أسبوعيا من الزئبق السنجابى أو سالسيلات الزئبق ويترك المريض شهرين بدون علاج ثم يمتحن دمه بوازرمان التى تظهر فى أغلب الأحوال سلبية — ومن رأيى تكرار العلاج ثم الراحة شهرين ويفحص الدم ثانيا فان ظهرت النتيجة سلبية يلزمنا ترك المريض والتوصية لفحص دمه مرة فى كل شهرين مقدار ثلاث مرات فان جاءت النتيجة سلبية أيضا بعد ذلك يفحص الدم بعد مضى سنة فان كانت النتيجة سلبية يعتبر المريض قد شفى من مرضه .

(٢) الزهرى الأولى المتأخر — يحضر المريض بعد مضىّ أكثر من خمسة أسابيع من تاريخ التعرض للعدوى وتصحب القرحة الزهرية بانتفاخ شديد فى الغدد الأوربية وانتفاخ بسيط فى جميع الغدد اللمفاوية الأخرى مع وازرمان إيجابى بسيط .

وفى هذه الحالة لايرجى الشفاء سريعا ويحتم علينا اعطاء الدور الأول للعلاج كسابقه أى أربع حقن زرنيخية معها ثمان حقن زئبقية وبعد راحة شهرين يفحص الدم وبصرف النظر عن كون النتيجة سلبية تكرر الحقن ثم بعد راحة شهرين وفحص الدم تكرر الحقن أيضا، وبعد راحة شهرين آخرين يفحص الدم رابع مرة فان وجدت النتيجة سلبية يكرر الفحص ثلاث مرات كل شهرين مرة بدون إعطاء دواء ثم يترك المريض لمدة سنة أخرى ويفحص دمه فان وجدت سلبية يكرر الفحص بعد سنة أخرى وإن وجدت سلبية أيضا يعتبر أن المريض قد شفى .

ولكنا فى بعض الأحوال نجد نتيجة فحص الدم تارة إيجابية وتارة سلبية فيعطى أربعة أدوار من الحقن بدلا من ثلاثة ولا يلزم إعطاء حقن زرنيخية أكثر من ذلك خوفا من حدوث تسمم زرنيخى وانما يستحسن استمرار العلاج بالحقن الزئبقية أو حقن البزموت لمدة ستة أشهر على الأقل ويكرر فحص الدم .

(٣) العلاج الموضعى للقرحة الزهرية الأولية .

إعادة العلاج الموضعى للقرحة ليس من الأهمية بمكان ولكن يستحسن غسل القرحة بالمطهرات العادية خاصة منها محلول السليمانى ١/٤٠٠٠ ومحلول

برمنجانات البوتاســيوم ١/٤٠٠٠ أيضا . ويستعمل مرهم بودوفور المركب للغيار نعم إن كثيرا من المرضى يعارضون بحق فى استعمال هــذا المرهم بالنسبة لرائحته فيستعمل مرهم الراسب الأبيض بمقدار ١٠ ٪ أو الغسول الأسود أو مرهم پرأوكسـيد الزنك من ٥ ٪ الى ١٠ ٪ اذا وجد بعض التآ كل .

أما اذا زاد التآ كل فيستحسن غســل الجرح بنحو ســتة لترات من محلول السليمانى ١/٤٠٠٠ أو برمنجانات البوتاسيوم ولا ينصح باســتعمال الكى بحمض النتريك أو النــار وقد تترك القرحة أثرة التحام متضخمة قد يكون بها قليل من الاسبيروشيت المسجون فيمكن دلكها بمرهم الكالوميل بمقدار ١٥ ٪

(٤) علاج الزهرى الثانوى .

لا يختلف العــلاج هنا عن علاج الزهرى الأولى ولكن نظرا لكون المــرض صار فى دور التعميم وانقطاع أى أمل باجهاض دور المــرض فان ذلك يلزمنا باستعمال العلاج الزرنيخى بشــدة مع الاستمرار فنعطى الدور كما شرحنا سابقا أى أربع حقن زرنيخية وثمان حقن زئبقية أسبوعيا بمقــدار قمحة من الزئبق السنجابى فى كل حقنة مع الاعتناء الشــديد بعدم تعــرّض المريض للتسمم ولا بد للمــريض من معالجة ما هو مختــل من أســنانه عند طبيب الأسنان وينصح بنظافتها دائمــا بواســطة العجائن المختلفة أو غرغرة مطهرة قابضة مثل كلورات البوتاســيوم أو غيرها . ويستحسن فى مدّة شهرى الراحة أن يأخذ المريض أدوية مقوّية مثــل

الحديد — أو شراب يدور الحديد — أو مزيجا من الاستوكنين مع الحديد ومهما تكن نتيجة فحص الدم بعد ذلك فانه يلزمنا تكرار الدور العلاجى ثلاثة أدوار متوالية ما بين الدور والآخر فترة شهرين للراحة — فاذا كانت نتيجة فحص الدم وازرمان إيجابية — ايجابية بسيطة — يلزمنا الاعتماد على الزئبق أو البزموت لمدة سنة على الأقل .

ويستحسن أن يفحص الدم مرة كل ستة أشهر فان وجد سلبيا فى الدفعتين الأوليين أى بعد سنة من انتهاء العلاج ينصح المريض بأخذ دور علاجى لمدة شهرين فى السنة الثانية ويفحص دمه بعد انتهاء السنة ورأيى الشخصى أن يفحص دم المريض سنويا لمدة خمس سنوات بعد ذلك .

ردّ فعل يارش هكسهيمر — بعد ساعات قليلة من إعطاء حقنة سلفرسان فى الوريد تحصل بغتة زيادة فى الطفح الزهرى فى الجلد والأغشية المخاطية والتهاب فى القرحة الأولية ان كانت موجودة نعم ولو أن هذا نادر الحصول ولكن يلزمنا النص عليه ويتداوك باعطاء حقن سلفرسان أخرى فى ميعادها وقد يستدل من ذلك على أن مقدار السلفرسان الذى حقن كان قليلا بالنسبة لما هو مطلوب فبدلا من أن يقتل الاسبيروشيت زادها نشاطا وقوة وهذا يعلل حصول انتشار الطفح المذكور .

ومن المهم جدا ألا نخلط تشخيص زيادة الطفح الزهرى الثانوى بما قد يكون نتيجة التهاب جلدى زرنيخى ففى هذه الحالة لو أعطى المريض سلفرسان زيادة تكون النتيجة الوفاة بالتسمم الزرنيخى .

علاج الزهرى الثلاثى

يستبعد شفاء المريض شفاء تاما فى هذه الحالة ومن النادر جدا حتى بعد استعمال حقن زرنيخيـة وزئبقية لمدة طويلة الحصول على وازرمان سلبى باستمرار — ومن المدهش وحسن الحظ أن تقرحات أو عوارض الزهرى الثلاثى تشفى بسرعة بحقن السالفرسان وخصوصا الأورام الصمغية وقد يكون من حقنة واحدة من السالفرسان أو ما يعادله يمتص الورم الصمغى أو التدرن العديد فى الجلد أو الأغشية المخاطية ويستحسن إعطاء هؤلاء المرضى أربع حقن فى الوريد من نيوسالفرسان مع مزيج يدور البوتاسيوم أو الصوديوم .

وعند ما تنتهى الأورام يبطل إعطاء مزيج اليدور ويستمر فى حقن الزئبق كما سبق شرحه لمدة شهرين ثم يفحص الدم فان ظهرت نتيجة وازرمان إيجابيـة يستحسن تكرار الدور بدون راحة ويستمر فى الزئبق مدة ستة أشهر ثم يفحص الدم ثانيا فان ظهرت نتيجة وازرمان إيجابية بسيطة يلزمنا تكرار الدور الزرنيخى وهكذا أربعة أدوار فقط من ابتداء العلاج ولا ينتظر فى مثل هـذه الأحوال الحصول على وازرمان سلبى دائمى ولكن قد يكون من المستحسن إعطاء المريض حقنا بزموتية فى العضلات مدة سنة على الأقل يتخللها قليل من الراحة والأدوية المقوية وينصح المريض بعد ذلك بأخذ علاج مدة شهرين فى السنة وعلى العموم لا يلزمنا التمادى فى إعطاء الحقن الزرنيخية الى حد غير محدود خوفا من ظهور عوارض التسمم .

وقد تشتد فى بعض الأحوال تقرحات الزهرى الثلاثى حيث يكون هؤلاء المرضى ضعيفى البنية وينصح لهم بالسفر الى الشاطئ أو بأخذ زئبق تدليكى فى اكس لاشابيل .

علاج الزهرى الوراثى

يرى بعضهم أن علاج الأطفال الرضع ينحصر فى علاج أمهاتهم بواسطة الحقن فى الوريد وأن ما يصيب الطفل من الزرنيخ فى اللبن كاف لعلاجه ولكن مع النصح بعلاج الأم بشدة يلزمنا أيضا علاج الطفل ذاته .

يستحسن إعطاء الحقن الزرنيخية فى الوريد بمقادير مناسبة للأطفال ولكن قد نجد من الصعب جدا تنفيذ هذه العملية نظرا لصعوبة إيجاد الوريد المناسب فى الطفل وقد نصح بعضهم بانتخاب وريد فى فروة الرأس أو فى العنق .

وكثيرا ما تحصل مضاعفات بحصول سدود فى الأوردة وبناء على ذلك فالأفضل حقن نيوسلفرسان فى العضلات مرة فى الأسبوع وقد يكون من الضرورى إعطاء الطفل زئبقا بواسطة التدليك وهو الأهم أو الحقن أو بواسطة الفم وفى هذه الحالة الأخيرة يعطى مسحوق الزئبق والطباشير بمقدار نصف قمحة ثلاث دفعات فى اليوم حسب سن المريض وتوجد عادة نتائج مدهشة بعد إعطاء قليل من العلاج وقد يوجد وازرمان سلبى بعد ثلاثة أو أربعة أشهر من العلاج .

وليست ثمـة قاعدة ننصح باتباعها فى علاج الزهرى الوراثى وعلى العموم الأطفال التى يظهر عليها طفح ثانوى يلزم أن تعالج لمدة سنتين على الأقل بالأدوية المختلفة ويتبع ذلك بعلاج شهرين فى كل سنة الى الثمـان سنين الأولى بعد العلاج ولا نجتهد فى الحصول على واز رمان سلبى دائمى فى هـذه الأحوال وهـذا لا يمنع مراقبتنا للمرضى من وقت لآخر حسب ما تقتضيه الظروف .

القسم الثانى

السيلان عند الرجال

مقدمة

مما يؤسف له أن العناية الشديدة التى بذلت فى بيان مضار الأمراض الاجتماعية وطريقة الوقاية منها لم تلق نجاحا كبيرا إلا فى أحدها وهو الزهرى وأما السيلان فلا يزال فى حالة إهمال شديد من الجمهور بل ومن بعض الأطباء أيضا .

فالزهرى قد قابل الجمهور بلا شك تنبيه الأطباء الى مخاطره بعناية تامة كما أن محاربة الأطباء له بكل الوسائل أنتجت تقدما عظيما فى البحث العلمى وفى طرق العلاج ولا نبالغ اذا قلنا : إنه صار فى حالة مستحضرة جدا فى عقول الجمهور .

وبعكس ذلك نجد السيلان لم يقدر مركزه تقديرا كافيا من الجمهور مع العلم بأنه أكثر أمراض العالم انتشارا بعد الحصبة وأكثر الأمراض سببا فى الحزن العائلى وهدم المعيشة المنزلية بعدم وجود الأطفال فلو شعر الأطباء بخطر هذا المرض الحقيقى على المجتمع الانسانى مع سهولة علاجه فى ابتدائه لأمكنهم حماية الجمهور من أخطاره ومعرفة قليل من العلم

خاصة بالمرض المذكور تؤهل الطبيب لأن ينقذ أسرات كثيرة من مضاعفات السيلان التى تسبب الخراب العاجل الاجتماعى — نعم يلزمنا الاعتراف بأن هذا المرض لا يجد عناية كبيرة عند الإخصائيين ولا عند الأطباء المعتادين الذين لا يبذلون أى مجهود عملى فى علاج المرضى أو تفهيم الجمهور خطورة هذا المرض .

نعم عناية الجامعة الطبية بهذا المرض أوجدت الآن دروسا خاصة للأطباء الحديثين تمكنهم من الإطلاع والعمل ومراقبة سير هذا المرض فى المرضى على أحدث الطرق الفنية فى قليل من الزمن وعلى ذلك يلزم هؤلاء الأطباء أن يتسلحوا بقليل من العلم مع النشاط وخصوصا استعمال المنظار الكهربائى مجرى البول والفحص الميكرسكوبى البسيط للتحقق من ميكروب المرض واستعمال الآلات اللازمة لتوسيع مجرى البول .

فالطبيب الذى تحصل على دراية كافية فى هذا الموضوع لا شك أنه سيربح كثيرا من ثقة مرضاه وأما الطبيب الذى لا يقدر هذه الظروف التقدير الكافى لا يمكنه أن يعالج مرضاه بمسئولية شخصية مع الثقة فى نفسه وكثيرا ما يفقد ثقة مرضاه .

ومن الصعب جدا أن تجتنب وظيفة سرقة التأليف الشريفة فى هذه الأمراض لأننا دائما نذكر ما تعلمناه عن أساتذتنا كما نذكر بعدها ما حصلنا عليه من تجاربنا الشخصية أو التجارب التى رأينا غيرنا يعملها فننشرها فى المؤلفات علاوة على استعمالها فى معالجة مرضانا .

تمهيـــــد

الغرض من الكتاب — ليس القصد من هذا الكتاب أن يكون نموذجا للشرح المستوفى لمرض السيلان عند الرجال و إن كان به إيضاح مستوف للطرق العملية التى أظهرت التجارب نجاحها وفائدتها .

وكثيرا ما يطلب الطبيب الحديث أن يشغل وظيفة طبيب امتياز فى قسم الأمراض الزهرية فيجد فى هذا الكتاب الكفاية من المستحدثات الفنيـة للعلاج ومن المؤكد أن هـذا الكتاب لا يفيـد فائدة كبيرة للإخصائيين .

قواعد دراسية — أنا متحقق من أنه توجد قواعد أخرى غير التى أذكرها فى العلاج والتشخيص وربما كانت على نقيض ما سأذكره ومن المؤكد أن الأوفق بعد تجاربنا المتعددة ألا يذكر للمبتدئ سوى قاعدة واحدة من العلم لاتباعها حتى اذا ما حصل على تمرين واف بها أمكنه الاطلاع على غيرها بسهولة لأن ذلك هو أحسن لمستقبله و بعـد حفظ هذه القواعد يمكنه الموازنة بينها و بين غيرها وترك الطريقة التى تعلمها أوّلا اذا شاء ذلك فقد يكون حصل على معلومات وتجارب كافية تجعله قادرا على استنباط ما يراه صالحا لمرضاه دون اتباع طريقة معينة .

وأودّ أن أذكر أن مقصدى الوحيد هو إرشاد الذين يحبون التخصص أو توسيع معلوماتهم فى هذه الأمراض الى أقرب الطرق وأسهلها وأحدثها

ليكونوا أنفسهم ويكونوا على ثقة تامة بمقدرتهم واذا وصلوا لهذه الدرجة صار فى مقدرتهم طبعا الاطلاع والتوسع بخبرة فيما يختص بهذه الأمراض .

وليس من موضوعنا هنا البحث فى تاريخ السيلان الطبى فى العصور القديمة وكيف استكشف وأين وجد ومن الذى استكشفه ؟ وانما القصد إيضاح وشرح معلوماتنا الحالية وما يحتمل أن يكون فى المستقبل عن الطريقة التى نتبع فى ذلك .

وطريقتى هى شرح الأحوال الهامة للرضى المتادين الحضور للعيادات السرية من لحظة الدخول الى وقت خروجهم فى حالة الشفاء التام ويمكننى بهذه الطريقة جذب فكرة الطبيب المعالج الى النقط المستحقة الهامة مع شرحها الوافى وذلك خير له من شرح المرض بالطرق الدراسية (المدرسية) .

اقتراحات مبدئية :

سأشرح باختصار الصفة التشريحية لأعضاء التناسل ولكنى سأوفى النقط المناسبة الهامة للرض حقها من التفصيل .

يجب على الطبيب أن يحيط علما بموضوع الالتهاب وما يحدث عنه فى التشريح المرضى لأنه بذلك يسهل عليه إدراك ما سيشرح هنا من العمليات الباتولوجية الخاصة بهذا المرض ونتائجها .

الفصل الأول

التشـــــريح

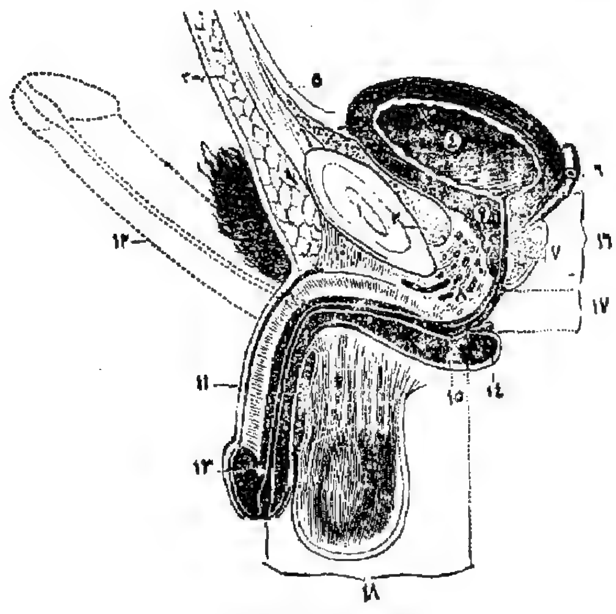
قـــواعد عامـــة

يلزمنا هنا التصريح بقواعد عامة تساعد القارئ كثيرا على تذليل الصعوبة واجتناب خيبة الأمل التى ربما يقابلها فى بعض الأحوال .

(١) إن قناة مجرى البول فى حالة الطبيعة ليس لها أثر لأن الحائطين المكونين للقناة هما دائما فى حالة التصاق ولا يتباعد أحدهما عن الآخر إلا بمرور جسم غريب كالبول والحصاة أو الصديد وهذا يوضح كثيرا مما يلتبس علينا فهمه فى سرعة انتشار المكروبات فى القناة وامتصاص الافرازات السمية فى جميع الجسم ولذلك ينصح المريض بشرب السوائل كثيرا لتدر البول فتمنع أو تقلل تجمع المدة فى هذه القناة لطردها من وقت لآخر .

(٢) هذه القناة بها فتحات كثيرة لغدد مختلفة وأغلب فتحات هـذه الغدد ضيقة عن مجراها الحقيقى كما أنها ربما تشعبت فتحاتها بشكل غير منتظم خصوصا فى الجزء الأمامى لقناة مجرى البول المشتمل على الجزء الكهفى والجزء البصلى وفى هذا الجزء توجد فتحتان لقناتى غدة كوبر وفى جزء القنـاة البروستاتى توجد فتحتان إحداهما للقناة المنوية كما توجد أيضا فتحات متشعبة كثيرا لغـدد البروستاتة نفسها وبعـد الاطلاع على

ما تقـدم يمكننا تقدير وظيفة الطبيب ومسؤوليته فالواجب يقضى عليـه بألا يطهر هذه القناة من جميع المكروبات فقط بل عليه أيضا حفظ هذه الفتحات من العـدوى بالسعى بكل الطرق لمنع امتـداد المكروبات اليها وتطهيرها تماما اذا كانت مريضة .



(شكل ٢) قطع نشابى لحوض

(١) المفصل العانى . (٢) الغدد الدهنية . (٣) جدار البطن . (٤) المثانة . (٥) البريتون . (٦) الحويصلة المنوية . (٧) القناة الناقلة للمنى . (٨) غدد دهنية . (٩) البروستاتة . (١٠) الانحناء الأول . (١١) الجزء الكهفى . (١٢) الجزء الكهفى من القضيب فى حالة الانتصاب . (١٣) الحشفة . (١٤) البصلة . (١٥) الجزء البصلى . (١٦) الجزء البروستاتى . (١٧) الجزء الغشائى . (١٨) القسم الأمامى .

(٣) ان قنـاة مجرى البول لا تجرى فى خط مستقيم ولكن عنـد انتهاء الجزء الأمامى منها نجد زاوية قريبة من الصفن وهذه طبيعية لتمنع ما هو مخزون من المواد فى الجزء الأمامى من الامتـداد الى الجزء الخلفى فيلزمنا حينئذ الاجتهاد فى تطزير الجزء الأمامى من المرض قبل انتقال العدوى الى ما بعد الزاوية .

المثـــــــانة

تقسم المثـانة الى قسمين : القسم السفلى داخل الحوض وهو غير متحرك ، والقسم العلوى وهو متحرك وقابل للامتداد .

يمتد النسيج الحوضى من جانب الحفرة الحوضية الى الجانب الآخر بميل خفيف الى الأمام بحيث يقسم حفرة الحوض الى قسمين : أمامى وهو الأصغر وخلفى ، وتكوّن حائطى الحوض الجوانب للحفرة الأمامية وحينما تمتد الى أسفل يتقارب بعضها من بعض لتكوّن مخروطا ناقصا وفى القسم الأمامى العلوى نجد جزءا من المثانة داخل الحوض وفى القسم السفلى عند رأس المخروط الناقص نجد البروستاتة ولذلك نجد أربعة أسطح للجزء السفلى للمثـانة — جانبين وسطحا خلفيا وسطحا سفليا : فالجانبان بجوار حائطى الحوض ، والخلفى بجانب النسيج الحوضى وبه طبعا الحويصلتان المنويتان والجزء الأخير من القناة الناقلة للمنى مصحوب بشرايين وأوردة وأعصاب .

ونجـد فى القسم الخلفى حائط المستقيم الأمامى وبالنسبة لخلو هـذا الجزء من البريتون كثيرا ما كان القدماء يثقبون المثانة من المستقيم فى حالة الاحتباس البولى .

يفصل السطح الأمامى للمثانة عن عظم الحوض الأمامى قسم دهنى شامل لغدد لمفاوية وكثيرا ما تلتهب هـذه الأخيرة فى أحوال التهـابات البروستاتة الحادة وتكوّن ورما مؤلمـا فتضللنا عن اتباع الطريق القويم للتشخيص .

إن الجزء العلوى للحويصلة المنوية يقع فى نقطة اتصال الأسطح الجانبية للمثانة مع السطحى السطحى العلوى والخلفى لها .

القسم العـلوى هو الجزء المتحرك والقابل للامتداد فيمتد إلى ما فوق حافة الحـوض وفى حالة عدم الامتـداد يقع فيما وراء الأمعاء الدقيقـة والغلاظ ويفصل من الأمام بالغشاء البريتونى عن عضلات البطن وجزؤه السفلى غير مكسو بالبريتون وينتخب هذا الجزء عادة لفتح المثانة بالشق فوق العانة .

السـعة — فى الأحوال الاعتيادية تسع المثانة عادة ٢٢٠ سنتيمترا مكعبا لكنها تختلف ما بين ١٢٠ و ٣٢٠ سنتيمترا مكعبا فيلزمنا أن نحفظ هـذه الأرقام لضرورتها وقت العلاج وهو أنه فى حالة ملء المثانة بالمحلول المطهر فى علاج السيلان للقسم الخلفى يلزم ألا نزيد عن هذا المقدار ويلزمنا التنبيه فى حالة السماح للسائل بالدخول بسرعة أن تنقبض عضلات المثانة بسرعة أيضا ولذا لا يمكن ملؤها جيـدا ولذلك ينصح بأن تملأ تدريجيـا وتخفيف سرعة التيار الداخل لكى تمتـد المثانة بأكثر حد ممكن ، وأما اذا ملئت فوق المعتاد فقد يشعر المريض بألم فوق العانة .

إن الألياف العضلية المكوّنة للثانة مركبة من ثلاث طبقات متقاطعة بعضها مع بعض فى أشكال مختلفـة ففى حالة الامتـداد المزمن أو الضيق فى قناة مجرى البول أو الضخامة فى البروستاتة الخ تكاد هـذه العضلات ينفصـل بعضها عن بعض وتشتبك بشكل غريب وفى بعض هـذه الأحوال يمتد الغشاء المخاطى المبطن للثانة فى مسافات بين الألياف العضلية و يكوّن كيسا يجتمع فيه جزء من البول و ينتج عنه نتائج مضرة وقد ذكرت ذلك هنا عرضا لكى أؤكد حصول إحدى نتائج الضيق فى قنـاة مجرى البول المهمل أو الذى لا يعالج علاجا قانونيا والألياف العضلية التى حول فتحة المثانة عند انتهاء مجرى البول مرتبـة بشكل عضلة عاصرة ويغلب على الظن أن هذه العضلة تؤدّى وظيفة عضلة عاصرة حقيقة فى الأحوال الاعتيادية ولا سيما عند ما تكون المثانة غير ممتلئة والتى تؤدّى هذه الوظيفة فى الأصـل هى العضلة العاصرة لقناة مجرى البول و يمكن أن يقال : إنه فى حالة ملء المثانة بالبول تفقـد العضلة الأولى وظيفتها وتستمر الثانيـة لتأدية الوظيفة .

الغشاء المخاطى المبطن للثانة مكوّن من خلايا متنوعة فى حالة ارتخاء فى جميع المثـانة ما عدا الجزء المثلث اذ يلتصق التصاقا شديدا بالأنسجة المجاورة له .

هـذا المثلث هو أحس نقطة فى المثانة وتقع على جانبيه من الخلف الحو يصلتان المنو يتان فيلزم الاحتراس الشديد عند استعمال الدلك لعلاج

مرض الحويصلة وقد يلاحظ بهذه المناسبة أن الألم الذى يحدث عادة عند انتهاء التبوّل فى حالة وجود حصاة فى المثانة ناشئ عن انقباض عضلات المثانة فتحدث ضغطا على الحصاة التى تحدث هى ضغطا أيضا على المثلث والحويصلتين وعلى كل من جانبى المثلث توجد حفرة صغيرة معروفة بحفرة المثلث الخارجية وهى شديدة الإحساس أيضا ومغطاة بغشاء مخاطى مثبت فيها وهــذا المثلث مشبع بضفائر شعرية كثيرة تتصل بالحويصلة المنوية والغشاء المخاطى وقناة مجرى البول الخ وهذا يفسر لنا سبب وجود بعض الافرازات التى تنتج عن أى مرض يصيب أحد هذه الأشياء .

عدوى المثــانة بالسيلان

يندر أن تصاب المثانة بالسيلان وذلك للأسباب الآتية :

(١) عدم وجود غدد صغيرة بفتحات خصوصا فى القسم المثلث .

(٢) الغســل الطبيعى لجدار المثــانة بسبب البول يمنع كثيرا احتمال العــدوى ويطرد كل ميكروب يسعى ليهاجم المثانة من قناة مجرى البــول .

(٣) اذا كان البول قلويا لا يساعد على نمو الميكروب .

(٤) اذا صدقنا القول بأن العضلة العاصرة لقناة مجرى البول عائقة لانتشار المرض لمــا خلفها من الأنسجة فيجب التصديق بأن العضلة العاصرة الداخلة للمثانة تعمل هذا العمل أيضا بالنسبة للمثانة .

(٥) إن خلايا الغشاء المخاطى المبطن للمثانة اذا كانت فى حالة جيدة هى نفسها قوية لمنع العدوى وغير صالحة لنمو الميكروب فيها .

البروســـــتاتة

يشغل هذا العضو مركزا ممتازا بين أعضاء التناسل وله سطح مقدّمى من كل جانب وقاعدة وسطح علوى وسـطح خلفى ففى سطحى الجوانب فتحة بجانب حفرة المثانة البروستاتية أما السطح الخلفى فمغطى بغشاء بروستاتى من غشاء الحوض وقريب جدا من المستقيم والسـطح العلوى ملاصق لقاع المثانة أما السطح السـفلى فملاصق للطبقة الخلفيـة للرباط المثلث وللألياف الأولية للعضلة الرافعة للشرج وهذه الغدة داخل محفظتين كالجراب وغشاء المحفظتين متصل من الجهة العليا بقاع المثانة ومن الجهة السـفلى بالطبقة الخلفية للرباط المثلث وهى مشـبعة بأوردة كثيرة تكون جزءا من ضفائر المثانة البروستاتية الوريدية وقد نفهم السبب الذى منه يحدث الألم فى حالة تكوّن خراج بروستاتى نظرا لعدم قابلية هذه الأغشية للتمدّد وعادة نجد الخراج البروستاتى يفتح فى قناة مجرى البول وهو الجزء الأقل مقاومة للامتداد ويـنـدر جدا أن يفتح الخراج فى المستقيم نظرا لوجود الأنسجة المتكاثفة بين البروستاتة و بينه وفى بعض الأحوال يحدث الخراج ولو كان صغيرا سدا فى قناة مجرى البول يشبه احتباسا بوليا .

خراج البروستاتة يسبب ألمـا كبيرا نظرا لاحتباسه داخل الأنسـجة المحكمة غير القابلة للإمتداد و بمـا أن الأعصاب التى تغذى البروستاتة آتية

من أطراف ثلاثة الأعصاب (الظهرية) والثلاثة العجزية العليا فقد يمتد الألم من آخر الأضلاع الى أسفل القدم .

إن مركز البروستاتة للستقيم يسمح بتدليكها بالأصبع داخل المستقيم ومن المستحسن أثناء هـذا التدليك أن يضغط الطبيب على العانة لكى يتيسر له عصر هذا العضو وإخراج أكثر ما يمكن منه من المادة .

البروستاتة — هى غدة عضلية بها من الأنسجة ما يعادل نسبة واحد الى ثلاثة — الجزء الغددى محاط بألياف عضلية وأنسجة خلوية ومركب من قنيوات صغيرة بعضها متصل ببعض ولها أكثر من ٢٥ فتحة فى الجزء البروستاتى لقناة مجرى البول ونظرا لتعوض سير القنيوات وتشعبها يجد الطبيب صعوبة كبيرة فى إخراج الصـديد منها وعلى مقربة من انتهائهـا نجد فتحة القناة المنوية واحدة من كل جانب وهـذا يجعلنا نفهم أنه فى حالة تحويل هذه الغدة الى ألياف نسجية ناشئة عن التهاب مزمن قد تحدث انكماشا فى الجزء البروستاتى لقناة مجرى البول وحول فتحتى القناتين المنويتين فيسبب هذا ضيقا فى الفتحتين أو سدا نهائيا لها وأعتقد أن هذا هو ما يفسر لنا وجود حالة عقم فى جهـة واحدة غير مصحوبة بالتهـاب أولى فى البربخ .

تغذى البروستاتة بدم غزير آت من فروع الشريان السفلى والمتوسط للثانة علاوة على الفروع الخاصة الآتية من الشريان الحرقفى الداخلى وكذا توجد مجموعة ضفائر صغيرة عصبية تغذى البروستاتة فيأتى فريع من العصب

العظيم السمباتاوى وعلى العموم الأعصاب التى تغذى البروستاتة مشتركة تماما مع الأعصاب التى تغذى المثانة بكمية غزيرة وكذلك نجد التأثيرالنفسى والعصبي شديدا على الذين يصابون بمرض البروستاتة إذ يسبب نتائج عصبية محزنة لبعض المرضى .

خواص البروستاتة

(١) تغذى الجسم بعصير داخلى .

(٢) سائل البروستاتة يمزج مع المنى ويسبب دفعه بسرعة ويبطن الغشاء المخاطى لقناة مجرى البول بمادة لزجة تسهل خروج المنى منه .

(٣) تساعد الخصية فى إخراج إفرازاتها بسبب فعلها العضلى .

(٤) من المحتمل أن لعصيرها مفعولا قويا عند النساء .

الحويصلة المنوية

لانجازف فى القول بأن معظم النتائج غير السارة عند الطبيب والمحزنة للمريض من عدم الحصول على الشفاء إنما هو لمرض هذه الحويصلة ونرى مع الأسف أن عدد المرضى الذين يسرحون لأحوال غير قابلة للشفاء هم فى الواقع مصابون بالتهاب فى الحويصلة المنوية يزداد نسبيا ومن الضرورى جدا شرح الجزء التشريحى الخاص بهذه الغدة .

الحويصلة المنوية — تبتدئ عند انتهاء القناة الموجودة بالحبل المنوى وشكلها كالاوزة يبلغ طولها نحو ستة سنتيمترات وتتصل قناة الحبل المنوى بقناة صغيرة يبلغ طولها سنتيمترا واحدا وأما القناة التى فى الحبـل المنوى فلها فتحة أو فتحتان فى الجزء البروستاتى لقناة مجرى البول وتتكون الحويصلة المنوية من قنيوات متعرجة متصلة بقناة عمومية تحتوى على جملة ألياف عضلية قابضة فنظرة صغيرة الى شكلها تؤكد لنا كيف يختبئ ويعاند الجونوكوك فى شعيباتها والصعوبة والمهارة التى تلزم لإخراجه منها فضيق مجرى الحويصلة المنوية وضيق القناة التى فى الحبـل المنوى الطبيعى مع الانقباض المنعكس للعضلة العاصرة للشرج وضغط الأنسجة التى حول المثانة كل ذلك يجعل خروج السوائل منها مؤلمـا بل من المحال التخلص من الافرازات الصديدية التى بها بالمرة حتى ولو باستعمال الدلك بالأصبع فى المستقيم وموضعها المحلى فيما بين المستقيم والمثانة يجعلنا نحتم على المريض تجنب حصول الامساك وحصر البول فى المثانة .

غدّة كوبر

توجد كل غدّة على جانب الجزء الغشائى لقناة مجرى البول و بين طبقتى الرباط المثلث وكل غدّة لهـا قناة طويلة نحو الخمسة سنتيمترات وممتـدّة الى الأمام خارقة للرباط المثلث ولها فتحة فى قاع الجزء البصيلى لقناة مجرى البول ومن الممكن فى بعض الأحوال امتداد العدوى لهذه الغدد بالقناة من قناة مجرى البول وفى بعض أناس توجد هذه الغدد مفقودة .

الخصـــية

إن البربخ والقناة التى فى الحبـل المنوى تكون جزءا من هـذه الغدة وكثيرا ما تمتد اليها العدوى من التهاب القسم الخلفى لقناة مجرى البول .

وتتكون الخصية من جزأين :

(١) الخصية نفسها، (٢) البربخ .

تتكون الخصية من مادة نسيجية تعرف بالغشاء الغمدى الذى يكون كيسا مغلقا ومن الجهة الخلفية يكون حاجزا متصلا بالقسم الوسطى للغدة يمتد من أعلى الخصية لأسفلها وهو مقسم بحواجز دقيقة ممتدة فى داخله وباتصالها بالغشاء الغمدى جعلت هـذه الغدد مكونة من شكل غرف محجوز بعضها عن بعض بنسيج خاوى مغـذى بأفرع من الشريان المنوى وداخل هـذه الغرف توجد أنابيب شعرية بشكل مخروطى تفرز إفرازا سميكا وهو الافراز الأولى للحيوانات المنوية وتعتبر فصا من الخصية .

هذه الأنابيب الشعرية الكثيرة التعرج تجتمع وتكون قناة مستقيمة وتتصل بالقنوات الأخرى فى الجزء الوسطى للخصية ومن المجموع يتكون الجزء العلوى الكبير للبربخ الذى تخرج منـه قناة متعرجة الى الجزء السفلى من البربخ ويسمى هذا القسم بجزء البربخ السفلى الصغير .

ومن هذا الأخير تخرج القناة التى فى الحبل المنوى الى داخل البطن .

ومن هنا يفهم أن الخصية والبربخ عضوان منفصلان يتصل أحدهما بالآخر بقناة دافعة .

وعند ما يحصل أى التهاب فى نفس الغدة يصحب بورم وألم شديد لعــدم وجود مكان فسيح للامتداد نظرا لوجود الفواصل الدقيقة المحكمة بين غرف الخصية . وعادة التهاب البربخ السيلانى أن يبتدئ بالجزء السفلى الصغير منـه سواء نقلت العدوى اليـه بالقناة المنوية أو الأوعية اللمفاوية وبعكس ذلك الاصابة الدرنية للبربخ تبتدئ فى الجزء العلوى الكبير منـه وإن إصابة الجـزء السفلى من البربخ بمرض السيلان (نظرا لوجود قنـاة واحدة به كما شرحنا) يجعل سدّ هـذه القناة محتملا ومسببا للعقم فى الجهة المذكورة ولكن فى حالة إصابة الجزء العلوى الكبير للبربخ الموجود به أنابيب كثيرة لايحتمل أن يصاب المريض بالعقم نظرا لعدم احتمال إصابتها جميعها مرة واحدة .

قناة نقل المنى (مصطلح) تقسيمها الى ثلاثة أقسام :

(١) الجزء الصفنى وقد شرح من قبل .

(٢) الجزء الأوربى وهو الذى يمر من فتحة البطن الأوربية الخارجية الى فتحة البطن الداخلية .

(٣) الجزء داخل البطن ويقسم الى قسمين ما فوق الحوض وما هو داخل الحوض . فالقسم الذى فوق الحوض يبتدئ من فتحة البطن الداخلية ويمتـد الى الداخل والأعلى الى نقطة تبعد نحو الأربعـة سنتيمترات عن شوكة الحرقفـة ، وأما الجزء الداخل فى الحوض فيمتد الى أسـفل والى الداخل قليـلا فيما بين حائط المثانة (حينما تكون ممتلئـة) وحائط الحوض

ممتدة الى الداخل جهة قاع المثانة الى الحويصلة المنوية فتمتد الى أسفل والى الخلف والى الداخل فى منتصف الحويصلة قريبا من حائط المستقيم الأمامية وهناك تتسع قليلا ثم تضيق فتتصل بقناة الحويصلة المنوية التى تكون فيما بعد القناة الحاملة للمنى .

قنـاة مجـرى البـول

قناة مجرى البول عند الرجل فى الحالة الاعتيادية يبلغ طولها ٢٠ سنتيمترا وقلنا فيما سبق : إن حائطى القناة ملتصقتان فى حالة الطبيعة ويتباعدان عند مرور أشياء غريبة كالبول وغيره ولكن فى حالة وجود إفراز غير طبيعى فى هذه القناة تحصل تغيرات باتولوجيـة فتنتشر العدوى الى الأنسـجة تحت الغشاء المخاطى وغدد لتر لذا كان من الضرورى لمنع حصول ذلك أن تغسل القناة من وقت الى آخر .

يستحسن أن يمرّن الطبيب نفسه بمعرفة كل جزء من أجزاء قناة مجرى البول بحيث اذا أدخل قسطرة يعلم بدقة كل نقطة تمر عليها القسطرة أثناء إدخالها من الصماخ الى الجزء البروستاتى .

فى قنـاة مجرى البول انحناآن فى حالة الارتخاء يزول الانحناء الأول برفع القضيب الى الأعلى والأمام باليد وأما الانحناء الخلفى فيبتدئ عند الرباط المعلق ولو أدخلنا قسطرة من الصماخ تمر بالجزء الاسفنجى منحدرة الى أسفل فى الجزء المتحرك من القضيب الى الرباط المعلق ؛ وأما الانحناء الداخلى فهو يشمل الجزء الثابت من قناة مجرى البول ويساعد فى تثبيت

هذا الجزء الرباط المعلق للقضيب والطبقة الأمامية والخلفية للرباط المثلث والأربطة العانية البروستاتية .

أجزاء قنــاة مجرى البـــول

			سنتيمتر	
الجزء المتحرك الأمامى	(١) الغـــدى	طوله	١	الجزء الأمامى لقناة مجرى البـــول
	(٢) الاسفنجى (الكبير والصغير)	«	١٢	
	(٣) البصـــيلى	«	٢ ½	
الجزء المثبت	(٤) الغشائى...	«	١	القسم الخلفى
	(٥) البرســتاتى	«	٢ ½	
	(٦) جزء داخل الأنسجة	«	١	

من البديهى أن هذه المقاييس تقريبية وعرضة لاختلافات شديدة :

(١) الجزء الغدى — نجد فى بعض الأحوال صعوبة فى إدخال قسطرة صغيرة الحجم من الصماخ البولى — والفتحة الطبيعية تسمح بدخول نمرة ٢٥ ف (القياس الافرنسى) فيلزمنا توسيع الفتحة ان وجدت ضيقة لادخال المقياس اللازم اذ لو أدخلنا مقياسا صغيرا لا بدّ لنا من معرفة حالة قناة مجرى البول ومن المحتمل أن يحدث ضررا باحداثه طريقا أو طرقا كاذبة وبعد عبور القســطرة من الصماخ نجــد القسم الاسفنجى وهو القسم الواسع فى القناة ويمتدّ للخلف محترسا ألا يدخل فى كيس كاذب .

(٢) الجــزء الاسفنجى — يمتــدّ من الصماخ البولى الى الخلف (فى جهة المستقيم) ومن المؤكد الشعور بكل جزء من هذه القناة أثناء دخول

القسطرة لأنها سطحية ولا يحجبها شيء من العضلات أو غيرها فى قسمها السفلى ، وأما من الجوانب أو الأعلى فيحيط بهـا الجزء الاسفنجى والجزء الكهفى ومن الداخل نجد كثيرا من قنوات مرجحى وهى منخفضة عن سطح الغشاء المخاطى وفى بعض الأحوال تكون مثقوبة بفتحات غدد لتر وأما معظم غدد لتر نفسها فتفتح على حدة القنوات موجودة على خطوط مستقيمة على الجوانب والسقف وينـدر أن نجدها فى السطح الأسـفل ووجود القسطرة يوسـع فتحاتها ويسبب إخراج عصـيرها الى الخـارج بالضغط عليها .

وعلى بعـد نحو من ٩,٥ سنتيمترات من الصماخ نجد الجزء الثابت أو الانحنـاء الداخلى ، ويمتـد من النقطة الأمامية من القسم البصيلى الى الفتحة الداخلية لقناة مجرى البول للثانة وتقعر هذا الانحناء يتجه الى الأعلى والأمام ويتكون من قسم صغير من الجزء الاسفنجى والجزء البصيلى والجزء الغشائى والجزء البروستاتى .

الجزء البصيلى — هو قسم متسع من القناة يبتدئ بانتهاء الجـزء السفنجى وتوجد به فتحتا قناة كوبر ويلاحظ أن عدد غدد لتر أقل بكثير مما فى الجزء الاسفنجى ومن حسن الحظ أن هذا القسم كثيرا ما يصاب بضيق ولكنه نظرا لاتساع قطره لا تحدث فيه عوارض مهمة . ونظرا لانخفاض هذا القسم عن باقى سطح القناة فقد يتكون به الصديد ولذلك يلزم نصح المريض دائمـا بتعاطى مايدر البول . وهنا ينتهى القسم الأمامى لقناة مجرى البول ويبتدئ القسم الخلفى .

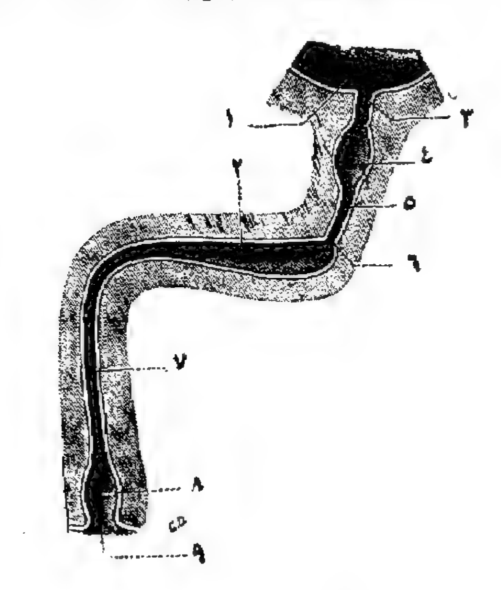
الجزء الغشائى — عند ما تنتهى القسطرة من الجزء البصيلى نجد عقبتين أو ثلاث عقبات عند دخولها فى الجزء الغشائى فان قطر هذا الجزء أضيق قطر فى القناة إذ هنا تخترق القناة الطبقة الأماميـة للرباط المثلث وتوجد أيضا الألياف القوية للعضلة العاصرة ثم تخترق القناة الغشاء الخلفى أو الغائر للرباط المثلث وتبتدئ أيضا نقطة الانحناء الثانى فى هـذا الجزء فمن هنا تفهم العقبات الثلاث الموجودة عند اتصال الجزء البصيلى بالجزء الغشائى .

ولزيادة الإيضاح يحدّ هـذا القسم بالعـانة من الأمام ومن الخلف بالمستقيم ومن الأعلى بالبروستاتة والطبقة العليا للرباط المثلث ومن أسفل بالطبقة السفلى للرباط المثلث والجزء الخلفى للقسم البصيلى .

الجزء البروستاتى — يبتدئ هـذا الجزء خلف الجزء الخلفى للرباط المثلث .

وتتخذ قناة مجرى البول طريقا عمليا الى أعلى ويكون الوجه التقعيرى متجها الى الأعلى والأمام وهذا هو السبب الذى يحتم علينا أن نخفض يدنا من الخارج بالمجس لنقتحم هذه العقبة وبدفع المجس الى الأمام قليلا يمرّ الى الفتحة الداخلة للقناة ثم الى المثانة وهذا الجزء من القناة هو الأكبر والأكثر تمدّدا وليس معـترضا لظهور الضيق النسيجى فيه ولهـذا الجزء أيضا قوة امتصاص غريبـة لا توجد فى الأجزاء الأخرى وعلى ذلك يلزمنا تجنب أى سبب لحصول عدوى خارجية فيه فربمـا تكون سببا فى الوفاة ويوجد عند ثلثى هـذا الجزء ارتفاع صـغير على شكل اللوزة وبه شرايين كثيرة

معروفة باسم القريمنتيم وتوجد على الجانبين فتحتا قناتى المنى كما توجد نحو الخمس والعشرين أو الثلاثين فتحة لقنوات الغدد البروستاتية ولا ننسى أن مرور المجس بهذا القسم يحدث ألما خصوصا اذا كان القريمنتيم محتقنا او ملتهبا كما يحدث عادة فى أحوال التهاب الجزء الخلفى لقناة مجرى البول وأما اذا كانت الحويصلة المنسوية ملتهبة فمن المؤكد أن فتحتى قناتى المنى تحدثان ألما شديدا أيضا عند مرور المجس بهما وفى هذه الحالة يمكننا



(شكل ٣) سعة قناة مجرى البول

(١) المثانة . (٢) الجزء البصيلى . (٣) العضلة العاصرة الداخلية . (٤) الجزء البروستاتى . (٥) الجزء الغشائى . (٦) البصيلة . (٧) الجزء الاسفنجى . (٨) الحفرة الزورقية . (٩) الصماخ البولى .

أن نميز أن الجزء البروستاتى نظرا لضخامة كل من الفرمنتيم وفتحتى قناتى المنى منقسم الى قسمين بل الى قناتين :

الحفرة الزورقية	قطرها ٩ ماليمترات .
الجزء الاسفنجى	قطره ١١ ماليمترا .
الجزء الاسفنجى قريبا من الجزء البصيلى	« ١٢ ماليمترا .
الجزء البصيلى	« ١٣ ماليمترا .
الجزء الغشائى	« ٨ ماليمترات .
ابتداء الجزء البروستاتى	« ١٠ ماليمترات .
بعد الفريمنتيم	« ١٤ ماليمترا .
العضلة العاصرة الداخليــة	قطرها ١٠ ماليمترات .

هذا الجدول يبين لنا قطر قناة مجرى البول فى أجزائها المختلفة تسهيلا للشرح والعلاج .

اصطلح الأطبــاء على تقســيم قناة مجرى البول الى قســمين : قسم أمامى ، وقسم خلفى . فالقسم الأمامى يبتدئ من الصماخ البولى الى الجزء الغشائى والجزء المحاط بالعضلة العاصرة لقناة مجرى البول مع الجزء البروستاتى يكونان القسم الخلفى ، ففى حالة عدوى قناة مجرى البول تحصل العدوى فى القسم الأمامى فقط ويشفى المريض منه فى مدة أربعة أسابيع بخلاف ما اذا حصلت عدوى للقسم الخلفى فلا يشفى المريض قبل مضى ثلاثة أشهر .

معلومات عامة خاصة بتوزيع القنوات اللمفاوية القوية لأعضاء تناسل الرجل

١ — الغـــدد

العضو	الجزء	الغدد
(١) قناة مجرى البول	الجزء البروستاتى	
	الجزء الغشائى	الغدد تحت الأوربية السطحية والغائرة
	الجزء البصيلى	
	الجزء الاسفنجى	الغدد التى تحت جدار البطن
	الجزء المقدم لقناة مجرى البول	الغدد الأوربية
(٢) القضيب	الجـــلد	الغدد الأوربية والغدد تحت الأوربية السطحية
	الحشـفة	الغدد تحت الأوربية الغائرة
	الأوعية السطحية	الغدد الأوربية المتوسطة
	الأوعية الغائرة ...	الغدد الأوربية أو الغدد تحت الأوربية
(٣) العجان	الجزء السطحى ...	الغدد الأوربية وتحت الأوربية
	الجزء الغائر	الغدد التى تحت جدار البطن
(٤) الصفن		الغدد الأوربية وتحت الأوربية السطحية
(٥) الخصية والبربخ ...		الغدد الجانبية القطنية
(٦)	القناة الحاملة للمنى	
	الحويصلة المنوية	الغدد الحرقفية الظاهرة
(٧) الحويصلة المنوية		الغدد التى تحت جدار البطن
(٨) البروستاتة		الغدد العجزية والغدد التى تحت جدار البطن

الفصل الثانى

تشخيص التهاب مجرى البول الأمامى السيلانى الحاد وتحت الحاد ومضاعفاته وعلاجه

استقبال المريض :

أوّل ما يجب على الطبيب عمله هو التأكد من إحراز المريض بمرته الخاصة لأن الغلط فى هذه المسألة غالبا يأتى بنتائج محزنة .

يلزم الطبيب الاستفهام من المريض عن شكواه ولا يظنّ أن كل مريض يحضر الى العيادات السرية يكون مريضا بالزهرى أو السيلان ويلزم الطبيب صرف الوقت الكافى لاستكشاف ما اذا كان ما يشكو منه المريض يعالج فى العيادات السرية أم لا وفى هذه الحالة يتكرم عليه بارشاده الى القسم الخاص بمرضه .

يلزم الطبيب أن يملأ كل أقسام الاستمارة المعدّة لذلك ولا يمنعه ذلك بالطبع من أن يذكر شيئا من ملاحظاته فى الأحوال التى يراها تستحق ذلك .

التهاب مجرى البول الحاد، التشخيص، هل هو سيلان ؟

الامتحان الأوّلى — يذكر المريض أنه حصل منه جماع من مدّة ثمانية أو تسعة أيام ثم شعر بعد أربعة أيام منه بحرقان يسير يزداد رويدا رويدا وقت التبوّل ثم رأى إفرازا صـديديا ذا لون أبيض فى أوّل الأمر ثم أخذ يميـل الى الصفرة الى أن صار أصفر ممتازا لزجا غزيرا مصحوبا بأوزيما واحمرار فى الصماخ البولى ويصحب ذلك بألم عند الجس مع ورم خفيف فى الغدد الأوربية .

وغالبـا يمكن الطبيب بعـد أخذ تاريخ المرض والفحص عن الحالة موضعيا معـرفة المرض اذا كان حادا أو تحت الحاد أو مزمنا وفى حالتنا هذه يعتبر أن المريض يشكو وعنده جميع العلامات اللازمة لمرض التهاب قنـاة مجرى البول الحاد السيلانى ويزيد التشخيص تأكيدا أخذ كمية من الصديد والفحص عنها مكرسكوبيا فاذا وجدنا الجونوكوك تحققنا من صحة التشخيص .

وفى الأحوال المشكوك فيها أو التى يفتكر الطبيب أنها أحوال قضائية يلزم إرسال مقدار من الصديد الى طبيب بكتريولوجى خاص ويستحسن أن نذكر هنا بعضا من المضاعفات التى يحتمل أن يقابلها الطبيب فى مثل هذه الحالة وفى هذه الدرجة .

التهـاب الغلفـــة وبطانتهـا

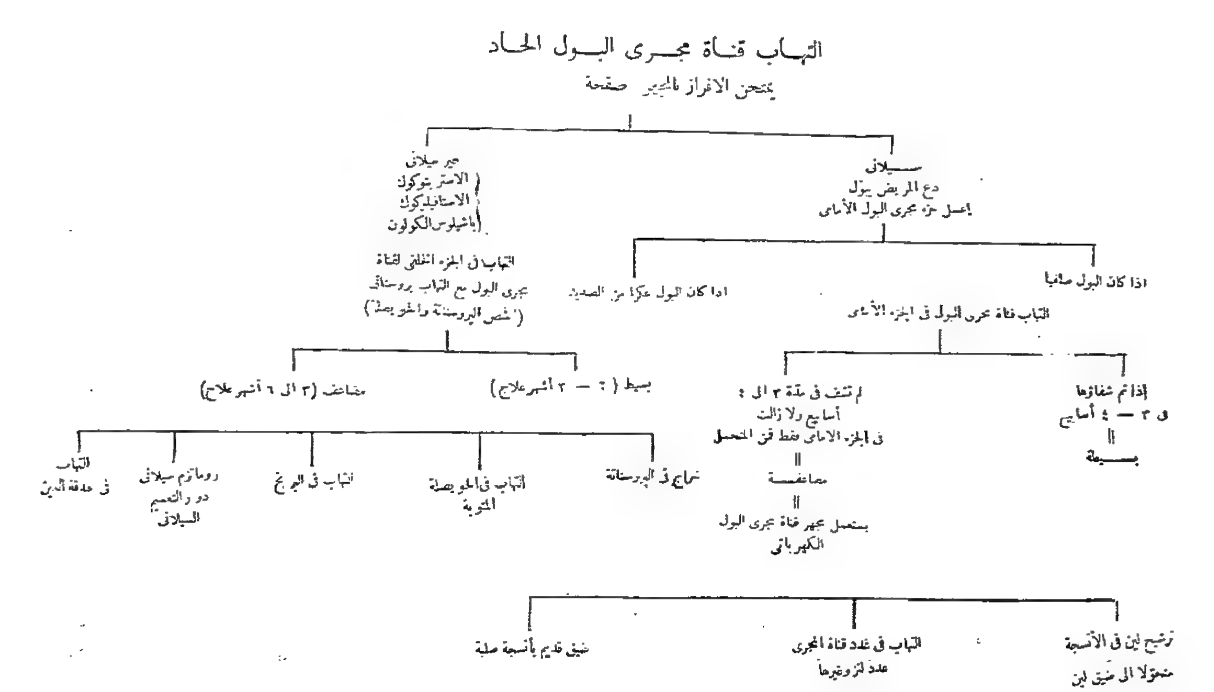
ربمـا يحصل التهاب فى الغشاء المخـاطى فوق الحشـفة مع وجود تسلخات قليلة بها والتهاب فى السطح الداخلى للغلفة .

التهاب الغلفة — ويصحب ذلك بالتهاب فى الغلفة نفسها فى بعض الأحوال فيحدث ضيقا وورما ثم سدّا لفتحتها واذ ذاك لا يمكن ردّها للداخل كالمعتاد .

وفى أحوال أخرى يوجد الالتهاب حول الغلفة فتختنق الحشفة ويحدث بها ورما شديدا مؤلما ويصعب جدا ردّ الغلفة عن دائرة الاختناق الى أصلها .

التهاب الغشاء المخاطى للحشفة (رأس القضيب)

يغلب فى مثل هذه الأحوال وجود قرحة أولية مسببة للالتهاب المذكور خصوصا اذا لم تصحب بورم فى الحشفة نفسها ، ويجب فى هذه الحالة طبعا معالجة الحالة الزهرية .



التهاب قناة مجرى البول الحاد
يمتحن الافراز بالمجهر صفحة
سيلانى
دع المريض يبول
إغسل جزء مجرى البول الأمامى
غير سيلانى
الاستربتوكوك
الاستافيلوكوك
باشيلوس الكولون
اذا كان البول صافيا
اذا كان البول عكراً من الصديد
التهاب قناة مجرى البول فى الجزء الأمامى
التهاب فى الجزء الخلفى لقناة مجرى البول مع التهاب بروستاتى (فحص البروستاتة والحويصلة)
إذا تم شفاؤها فى ٣ — ٤ أسابيع
بسيطة
لم تشف فى مدة ٣ الى ٤ أسابيع ولا زالت فى الجزء الامامى فقط فهى المحتمل
مضاعفة
يستعمل مجهر قناة مجرى البول الكهربائى
بسيط (٦ — ٣ أشهر علاج)
مضاعف (٣ الى ٦ أشهر علاج)
خراج فى البروستاتة
التهاب فى الحويصلة المنوية
التهاب فى البربخ
روماتزم سيلانى دو والتعميم السيلانى
التهاب فى حدقة العين
ترشيح لين فى الأنسجة متحولا الى ضيق لين
التهاب فى غدد قناة المجرى غدد لتروغيرها
ضيق قديم بأنسجة صلبة

التهاب الغلفة

يجب التحقق من مصدر الافراز أهو من قناة مجرى البول أم لا ويشير بعض الأطباء بشق الغلفة من السطح العلوى وازالة كل إبهام يتعلق بنوع القرحة أو مصدر الافراز ولكن الطبيب الماهر يمكنه التحقق من ذلك بدون إجراء هذه العملية التى و بما تحدث التهابا شديدا فى الجزء كله مع أننا فى غنى عنه .

الالتهاب حول الحشفة

يلزمنا ردّ الغلفة الى أصلها باليدولو تحت السمنيفورم فاذا لم يمكن ذلك نعمل شقا فى السطح الأعلى للغلفة حتى ينفرج هذا الاختناق الموجود ثم نبحث القرحة موضعيا بخصوص الاسبيروشيت و يلزمنا هنا التنبيه بعدم استعمال أى مطهر للقرحة قبل اجراء الفحص المذكور . ويمكن استعمال حقن مطهرة لقناة مجرى البول فى حالة وجود السيلان . ويستحسن الابتداء باعطاء الحقن الزرنيخية لمعالجة القرحة قبل الالتفات الجدى لمرض السيلان ، فالتئام القرحة محتم أولا .

والكشف على الصماخ والأجزاء المجاورة للتحقق من وجود التهاب القناة القريبة من قناة مجرى البول .

فى بعض الأحيان يحدث ورم به سائل فى حجم البندقة حول قيد الغلفة وغالبا يكون نتيجة التهاب فى القناة التى حول قناة مجرى البول ويجب

فى هذه الحالة أن يوضع مجس فى القناة و يعمل شق صغير فى هذا الورم ثم يكوى تجويفه بنترات الفضة وفى بعض الأحوال يلزم الكى بالكهرباء .

التهاب قناة مجرى البول السيلانى .

هل القسم الأمامى هو المصاب أو القسم الخلفى أو الاثنان معا .

اذا امتدت العدوى الى ما وراء العضلة العاصرة لقناة مجرى البول تكون الحالة التهابا فى القسم الخلفى لقناة مجرى البول وأما اذا وقفت عند العضلة العاصرة فالقسم الأمامى هو الملتهب .

يجب علينا التشخيص بدقة والفصل فى موضع الالتهاب قبل البدء بالعلاج .

ضرورة التشخيص — التهاب قسم قناة مجرى البول الأمامى السيلانى الحاد غير المصحوب بمضاعفات يشفى عادة فى أربعة أسابيع وأما التهاب القسم الخلفى من القناة فلا يشفى قبل ثلاثة أشهر أو أربعة فمن المهم جدا معرفة أى الأحوال تعالج وضرورى أيضا من الوجهة الفنيــة الاخصائية معرفة وجود الاصابة بالقسم الخلفى من عدمها .

طريقــة التشخيص — طريقــة جانيت — يستلقى المريض على منضــدة وقد منع من التبوّل مدّة ثلاث ساعات ثم يغسل الجزء الأمامى لقناة مجرى البول بمحلول (اكس سيانور الزئبق $\frac{١}{٥٠٠٠}$ بحاقنــة معلقة على ارتفاع نحو المتر عن المريض) وفى أثنــاء ذلك يبحث السائل الخارج من القنــاة عن وجود خيوط أو غيرها فيه وبعــد التحقق من عدم وجودها فى السائل المغسول به يسمح للمريض بالتبوّل وفى هــذه الحالة اذا وجد

البول خاليا من الصديد أو الخيوط نعتبر أن الاصابة هى فى القسم الأمامى لقناة مجرى البول ولم يتعدّه المرض بخلاف ما اذا وجدنا فى البول صديدا أو خيوطا فاننا نعتبر أن القسم الخلفى مصاب أيضا وتعليل ذلك سهل جدا لأننا بغسلنا القسم الأمامى من قناة مجرى البول نعتبر أن كل صديد أو خيوط تأتى فى البول فهى من القسم الخلفى والبروستاتة .

الفحص عن البروستاتة والحويصلتين المنويتين

وعلى فرض أن المريض مصاب بالتهاب القسم الأمامى لقناة مجرى البول فقط فيلزمنا الفحص عن حالة البروستاتة والحويصلة المنوية والقناة الناقلة للمنى سواء كان المريض مصابا بالتهاب القسم الأمامى أو الخلفى .

ويعمل ذلك بادخال الأصبع المغطى بالمطاط داخل المستقيم بلطافة متناهية ومعرفة وجود إصابة فى البروستاتة أو الحويصلة المنوية مع عدم إيلام المريض أثناء الفحص خصوصا اذا كانت طريقة جانيت حققت أن الاصابة فى القسم الأمامى فقط ففى أغلب الأحوال نجد كلا من البروستاتة والحويصلة المنوية طبيعيين ما لم يكن المريض أصيب فيما سلف بالتهاب بروستاتى مزمن نشأ عن إصابة سابقة .

البروستاتة الطبيعية — يسهل علينا وقت الفحص بجس دائرة الغدة نفسها تعيين أى جزء ملتهب منها من الحائط الأمامى للمستقيم .

حجم البروستاتة — يختلف كثيرا وفى بعض الأحوال يحتاج الى طبيب ماهر لمعرفة ما اذا كانت البروستاتة التى تحت الفحص متضخمة لمرض

. أو بهما ضمور نتيجة التهاب فيما بين أنسجتها — فضخامة البروستاتة ربما تكون ناشئة عن وجود خراج كما أن الضمور يكون بعد التهاب سالف ويلزمنا الحرص فى الفحص فقد يوجد بعض الضخامة فى البروستاتة وتكون غير محسوسة للاصبع فى المستقيم .

ان البروستاتة فى حالتها الطبيعية جسم مرن به قليل من الصلابة .

تختلف صلابة البروستاتة اختلافا بينا فقد تكون فى بعض الأحيان صلبة وقد تكون لينة كأن بها خراجا وفى كلتا الحالتين تكون غير طبيعية ، ففى الحالة الأولى ربما كانت الصلابة ناشئة عن ورم سرطانى خصوصا اذا كان الجسم متدرنا وملتصقا بالأنسجة حوله وأما اذا كانت لينة فلربما كان بها خراج — ومن المهم فى كل الأحوال معرفة ما اذا كان الشىء غير الطبيعى الموجود يشمل جميع البروستاتة أو جزءا من أجزائها ومعرفة أن الاصابة سطحية أو غائرة ويحسن التنبيه هنا بأن البروستاتة ربما تصاب بأمراض ليست ناشئة عن السيلان وفى هذه الحالة يباشر علاجها الجراح .

الحويصلة المنوية والقناة الناقلة للمنى

فى الأحوال الطبيعية لا يمكننا الشعور بالجس بالأصبع بالحويصلة المنوية ولكن اذا سبق إصابتها بمرض فغالبا يحس بها فنجد :

(١) ضخامة غير منتظمة فى الحائط الحويصلى نتيجة عدوى .

(٢) الحويصلة المنوية ملتهبة وضخمة فى جسم أصبع الابهام وفى أحوال أخرى نجد وربما لينا نتيجة التهاب بجزء من الحويصلة مع

انسداد تام فى القناة الناقلة للمنى وفى هـذه الحالة لا نجد طبعا أى افراز أو صديد فى البول فيلزمنا شدّة الاحتراس فى التصريح للمريض بأنه شفى وعلى العموم يلزمنا الفحص أيضا عن غدد كوبر للتثبت من سلامتها حتى ولو فى الأحوال التى لا ينتظر إصابتها فيها بالعدوى .

التهاب الجزء الأمامى لقناة مجرى البول

ظهر لنا من نتيجة الفحص التى شرحناها أن أمامنا حالة مريض عنده التهاب فى القسم الأمامى لقناة مجرى البول فقط وأن القسم الخلفى سليم حتى ولو ظهر لنا أن القسم الخلفى ربما كان به آثار التهاب نتيجة عدوى قديمة فالمعالجة تكون للجزء الأمامى فقط لمدّة خمسة أسابيع وبعد ذلك يلتفت للجزء الخلفى .

العلاج العام لالتهاب الجزء الأمامى لقناة مجرى البول الحادّ

اذا تم لنا تشخيص المرض على الطريقة السالفة الذكر نعطى المريض نسخة من التعليمات العامة .

يلزم المريض أن يلبس كيسا رفيعا للصفن على شرط أن يكون محكما وإلا فلا فائدة منه .

يستحسن أن ينصح للمريض بالراحة مدّة ثلاثة أيام فى ابتداء المرض ويعطى طعاما خفيفا ولكنه يحضر للعيادة بنفسه ومن المناسب أن يعمل

حماما نصفيا ساخنا لمدة ساعة مرتين فى اليوم فى ابتداء المرض الحاد ويمنع المريض من أكل اللحوم ومن أكل المواد المنبهة كالفلفل والبهار والقهوة والزنجبيل والمشروبات جميعها كما يجتنب أيضا كل مهيج لأعضاء التناسل سواء كان نفسيا أو فكريا أو خياليا لأن هذا النوع الأخير من المحرضات الموضعية على هدم كل نتيجة للعلاج .

العلاج الطبى للسيلان

(١) لا يلزم إعطاء دواء من الباطن فى أغلب الأحوال ولكن ربما يلزمنا أحيانا أن نجعل البول قلويا حيث يكون غير صالح لنمو الجونوكوك ومما يساعد على ذلك ما يأتى :

ستترات البوتاسيوم... ... ... ١,٠٠ جرام

صبغة البنج ... ... ٢,٠٠ جرام

ماء ... ... ,٣٠ جراما

لأجل جرعة واحدة وتعطى ثلاث مرات فى اليوم وتعمل هذه الجرعة كمسكنة ومطهرة .

(٢) وفى حالة ما يكون الانتصاب مؤلما وبكثرة ولم يفد استعمال مكمدات من الماء البارد والتبول يمكن إعطاء ما يأتى :

برومور الصودا... ... ... ,٢٠ جراما

ليوبولينم ... ... ٢,٠ جرامان

يعطى نصف ملعقة صغيرة فى نصف كوبة من الماء مرة عند النوم أو

كافور ... ... ٠٫٠١٨ جراما

أفيون ... ... ٠٫٠١٥ جراما

خلاصة البلادونا ... ... ٠٫٠١٥ جراما

يعمل حبوبا — تؤخذ حبة واحدة قبل النوم .

ومن الضرورى التنبيه هنا بعدم استمرار تعاطى هذه الأدوية فربما تحدث نتائج سيئة (كالعنة) فى المستقبل .

(٣) أما إعطاء الزيوت كزيت الصندل فغير ضرورى فى الأحوال الحادة لأنها تتعب المعدة وتسبب عسرا فى الهضم ؛ ولكن من المؤكد أنها تفيد كثيرا فى الأحوال تحت الحادة أو عند وجود زحير بولى (تكرار مع الألم فى حالة التبول) فيعطى زيت الصندل بمقدار خمس عشرة نقطة فى فنجان من القهوة المحلاة بالسكر أو فى محافظ ، ولكنى أفضل طريقة المزيج .

وقد يعطى أيضا حقنا من اللبن المعقم بمقدار خمسة الى عشرة سنتيمترات مكعبة فى الألية مرة كل ثلاثة أيام ؛ ويوجد منه مستحضرات مجهزة تعرف باسم أؤلان .

العلاج الموضعى — الغسيل والحقن

سنشرح طريقة علاج المريض المصاب بالتهاب فى القسم الأمامى لقناة مجرى البول :

(١) فى حالة ما اذا كان يمكن المريض أن يحضر الى العيادة بنفسه يوميا .

الطريقة المستحسنة أن يغسل القسم الأمامى لقناة مجرى البول الملتهب مرة كل يوم وفى النادر مرتين يوميا بالطريقة التى سبق لنا شرحها بمحلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{١}{٤٠٠٠}$ مرتفعا تدريجيا الى $\frac{١}{١٥٠٠}$ ثم يستمر على هذه النسبة لمدّة أسبوعين على الأقل تراقب فيها حالة البول من وقت الى آخر حتى اذا ما صار رائقا يستبدل به محلول قابض مطهر (وذلك بعد اجراء فحص ميكروسكوبى للبول والتحقق من أن ميكروب السيلان معدوم) كمحاول برمنجانات الزنك بنسبة $\frac{١}{٥٠٠٠}$ وتزاد تدريجيا الى $\frac{١}{٢٠٠٠}$ لمدّة أسبوع أو أكثر قليلا ففى الأحوال العادية يمتنع الافراز بالمرة ويصير التبوّل عاديا فيحسن بنا بحث المريض البحث الكافى للتحقق من شفائه كما سنشرحه بعد .

(٢) فى حالة ما اذا كان يمكن المريض أن يحضر الى العياد مرتين فقط فى الأسبوع .

فى هذه الحالة يجرى غسل المجرى كما ذكرنا فى الحالة السابقة وبعض الأطباء ينصح بتعليم المريض الغسل بنفسه فى المنزل والبعض الآخر يرى أن فى هذا ضررا كبيرا على المريض فربما يسترسل فى العمل أو يزيد فى النسبة المعطاة له أو لا يستعمل الغسل بدقة كافية فتحدث مضاعفات هو فى غنى عنها فينصح باستعمال الحاقنة الصغيرة وهى تكفى للغرض المطلوب أربع مرات أو خمسا يوميا الى يوم حضوره ، وبطبيعة الحال

تزيد نسبة مقدار محلول برمنجانات البوتاسيوم ثم محلول زنك برمنجانات كما ذكرنا فى الحالة السالفة .

(٣) فى حالة عدم تمكن المريض من الحضور للعيادة ولو مرتين فى الأسبوع للغسل يجرى ما يأتى :

(أ) إما أن ننصح المريض بإجراء الغسل بحاقنة الحائط وفى هذا من الضرر واحتمال حصول المضاعفات ما لا يخفى .

(ب) أو تستعمل الحاقنة الصغيرة التى تسع نحوا من الثمانين السنتيمترات المكعبة للحقن بالمحلولين السالفى الذكر أربع مرات يوميا لمدة أسبوعين .

(ج) أو يحقن بالحاقنة الصغيرة مرتين فى اليوم فقط لمدة أسبوع .

(د) أو يمتنع عن عمل أى شىء مدة ثلاثة أيام ويعرض نفسه على الطبيب لبحث حالته ويقرر له اللازم وذلك عند عدم حدوث مضاعفات توجب عليه الحضور فى ظرف هذه المدة .

التهاب القسم الأمامى لقناة مجرى البول تحت الحاد

حينما يقل الافراز ويتغير لونه من الأصفر المخضر الى أبيض لزج سميك أو نصف شفاف ويصير البول عكرا وتزول أكثر العوارض الحادة بالكلية ويحصل ذلك عادة فى الأسبوع الرابع تكون هذه الحالة التهابا تحت الحاد . والمريض الذى يأتى فى هذه الحالة يعمل له الغسل اللازم طبعا ففى حالة امتداد العدوى للقسم الخلفى لقناة مجرى البول يعالج الطبيب الاثنين معا .

ملاحظات خاصة بغسل وحقن القسم الأمامى لقناة مجرى البول

(١) الغسل — يستحسن دائما استعمال حاقنة الحائط خصوصا اذا كان الطبيب هو الذى يعمل الغسل بنفسه .

(٢) لا يلزم أن تكون الحاقنة أعلى من المريض بأكثر من ثلاث أقدام .

(٣) يستعمل فى الغسل نحو اللتر أو اللترين من المحلول دفعة واحدة .

(٤) لا يستعمل أى ضغط أثناء الغسل فانه ربما يهدم الغشاء المخاطى المغطى لقناة مجرى البول أو ربما يطرد السائل الى الجزء الخلفى عفوا .

(٥) ينصح للمريض بأن تكون الحاقنة دائما فى حالة نظافة تامة و يعقم المبسم فى كل مرة قبل استعماله كما أنه تجب عليه نظافة الصماخ البولى .

أنواع الحاقنات التى يوصى باستعمالها

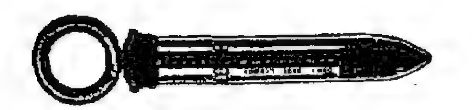
(ا) يحسن أن تكون حاقنة الحائط من النوع الزجاجى كالتى تستعمل للسيدات و بمبسم زجاج أيضا وتوجد أنواع أخرى من المعدن (الصفيح أو الزنك) ونوع آخر من المطاط وهو سهل الحمل و يمكن المريض استعماله سرا اذا أراد و فى هذه الحالة يلزم الطبيب أن يمرن المريض على طريقة الغسل جيدا لئلا تحصل مضاعفات .

(ب) (ا)

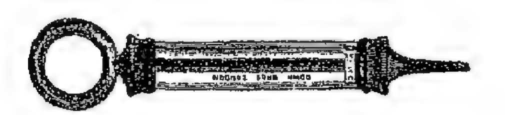
(شكل ٤) حاقنـــة حائط

(ا) حاقنة معدنية (ب) حاقنة زجاجية

(ب) اذا استحال حضـور المريض للعيـادة لعمل الغسـل بمعرفة الطبيب يمكنه استعمال حاقنة صغيرة من الزجاج سعة ٨ سنتيمترات مكعبة مع الاحتفاظ بالسائل داخل قناة مجرى البول مدة خمس دقائق الى عشر ثلاث مرات أو أربعا يوميا . ومن الضرورى جدا تنظيف وتعقيم هذه الحاقنة فى كل مرة قبل الاستعمال .



(شكل ٥) حاقنة صغيرة سعة ثمانية سنتيمترات ذا مبسم صالح للاستعمال



(شكل ٦) حاقنة صغيرة سعة ثمانية سنتيمترات ذا مبسم ردئ يشدد على المريض بتجنب استعمالها

وفى بعض الأحوال خصوصا الحادّة جدا يلزمنا استعمال محلول برمنجانات البوتاسيوم مخففا عما ذكر بنسبة $\frac{١}{٧٠٠٠}$ وقد وجد بعض أحوال لا تتحمل محلول برمنجانات بأى نسبة كانت فيحسن عمل الغسل بمحلول حمض البوريك أو ملح الطعام $\frac{٦}{١٠٠٠}$ الى $\frac{٩}{١٠٠٠}$ وحينما يزول الشكل الحاد تستعمل محلولات أخرى .

ملاحظات عن استعمال محلولات أخرى

اذا لم ينته الافراز فى الوقت المناسب بعد استعمال الحقن بالطريقة السالفة الذكر يحسن انتخاب محلول آخر كنترات الفضة بنسبة $\frac{١}{٥٠٠٠}$ الى $\frac{١}{٢٠٠٠}$ ومن المؤكد أنه توجد عشرات من الأدوية تستعمل للحقن وكل منها موصى به من أقطاب الأطباء ولكن يلزمنا أن نقول صراحة بأنه لايوجد أحسن من محلول برمنجانات البوتاسيوم ويحسن ألا نضيع الوقت باستعمال محلولات من البروتارجول أو الأرجيرول فى الأحوال الحادة لأنها تزيد الافراز فى أغلب الأحوال وقد تحدث ضررا فى الغشاء المخاطى المبطن لقناة مجرى البول .

محلول اكسى سيانور الزئبق بنسبة $\frac{١}{٤٠٠٠}$ الى $\frac{١}{٢٠٠٠}$ يصح استعماله فى الأحوال غير الحادة .

الاحتباس البولى الحاد

يحصل فى بعض الأحيان وفى بدء حدوث الالتهاب السيلانى الحاد أن المريض يصبح غير قادر على التبول ومن الضرورى اجتناب التداخل الفعلى بواسطة عمل عملية أو إدخال أى قسطرة فى قناة مجرى البول بل يحسن عمل ما يأتى :

(أ) عمل حقنة شرجية بالماء والصابون وإعطاء ثلاثين نقطة من صبغة الأفيون بالفم .

(ب) يحسن استعمال حمام ساخن ويتنظر المريض مدة من ١٥ الى ٣٠ دقيقة فى الحوض ويحترس من الإغماء فان لم يتبول المريض بعد ذلك يحقن فى قناة مجرى البول بكمية ٨ سنتيمترات مكعبة من المحلول الآتى :

استوفايين ٢ ٪	١٠,٠ جرامات
محلول أدرينالين $\frac{١}{١٠٠٠}$	٣ نقط
ماء مقطر	٣٠ نقطة

فاذا لم تفلح كل هذه الأشياء يعمل غسل للجزء الأمامى لقناة مجرى البول بمحلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{١}{٤٠٠٠}$ ثم تدخل قسطرة معقمة بغاية الاحتراس .

ولكن اذا عاد هذا الاحتباس للمريض بعد استعمال مؤهلات الاغراء للتبول اللازمة له وعلى فرض أنه لم يتيسر ادخال القسطرة المذكورة نظرا لوجود ضيق قديم فيعمل بذل المثانة من فوق العانة وتعمل هذه الحالة فقط فى أحوال وجود التهاب سيلانى حاد بجزأى قناة مجرى البول مع وجود خراج فى البروستاتة .

المضاعفات الاعتيادية لالتهاب القسم الأمامى لقناة مجرى البول الحاد

التشخيص والعلاج

لنفرض أنه تم شفاء مريضنا الأول وأمامنا الآن مريض آخر بالشكوى نفسها ولم يفد معه العلاج فالافراز الصديدى والبول العكر لا يزالان موجودين بعد مضى أربعة أسابيع فى العلاج مع سابق استعمال الحقن على طريقة جانيت أو غيرها ولما يمتد المرض الى القسم الخلفى فأول مايخطر ببالنا وجود المضاعفات ولذلك يلزمنا فحص المريض بواسطة المجهر الكهربائى بقناة مجرى البول (حتى على فرض امتداد العدوى للقسم الخلفى لقناة مجرى البول) وسنشرح بالتفصيل فى الفصل السادس استعمال هذا المجهر .

المضاعفات المعتادة الوجود فى حالة التهاب القسم الأمامى لقناة مجرى البول هى :

(أ) التهابات فى غدد لتر، قنيوات مرجانى ، التهاب غدد أخرى .

(ب) ترشيحات رخوة تحت الغشاء المخاطى ينشأ عنها مضايق رخوة .

(ج) ترشيحات صلبة ينشأ عنها مضايق صلبة نتيجة عدوى قديمة .

ومن المضاعفات التى قد توجد فى بعض الأحوال خرّاج حول قناة مجرى البول أو خرّاج تحت القناة — أو صنط — أو بوليبوس داخل القناة وسنشرح ذلك جميعه فى الفصل السادس .

الاختلاف فى التسمية — من سوء الحظ كون المؤلفين يشرحون المرض الواحد تحت أسماء مختلفة فيلتبس ذلك على حديث العهد بالتخصص وذلك مثل : (١) التهاب غدى ناشئ عن التهاب غدد لتر — التهـاب حول قناة مجرى البول ناشئ عن التهاب ممتد من الغشاء المخاطى لقناة مجرى البول .

(أ) التهاب غدد قناة مجرى البول .

هذه الغدد موجودة فى الطبقة الغائرة للغشاء المخاطى المبطن لقناة مجرى البول ولكن بعض الأطباء يطلقون هـذا الاسم على الالتهاب فى غدد لتر أو فى قنيوات مرجانى .

التهابات غدد لتر تظهر بالفحص بواسطة المجهر الكهربائى للقنـاة مجرى البول وفتحات هذه الغدد الموضوعة على خط مستقيم فى قاع مجرى البول منتفخة ومرتفعة عن السطح قليلا و باستعمال قليل من الضغط على القناة بواسطة الأصبع من الخارج نجد نقطة من الصديد بارزة فى فتحة الغـدد ومن المؤكد أن إدخال المجهر الكهربائى فى مثل هـذه الأحوال

يحدث ألما غير مرغوب فيه وسنشرح ذلك بالتفصيل فى الفصل السادس .

(ب) ان الالتهاب حول قناة مجرى البول يدل على التهاب فى الأنسجة التى تجاور هذه القناة ومن المؤكد أن القصد من اطلاق كلمة التهاب حول قناة مجرى البول هو التهاب مبتدئ فى إحدى القنيوات الصغيرة ومنتشر فى الجسم الغدى حول القناة حيث يحدث خراجا فى بعض الأحوال وعادة لاتوجد قنيوات هذه الغدد الضئيلة بكثرة فى الجزء الأمامى لقناة مجرى البول . ولكن قد يحس هذا الالتهاب و يصير ظاهرا للعين كما أنه يمكن لمسه باليد .

(ج) قد توجد شواذ فى شكل قناة مجرى البول بأن تكون غير كاملة الخلقة من السطح الأسفل أو الأعلى فتوجد عادة فى الجزء غير الكامل جيوب صغيرة معرضة للالتهاب و يطلق عليها اسم التهاب فوق قناة مجرى البول وسنشرح ذلك مفصلا فى الفصل السادس أيضا .

علاج هذه المضاعفات

(١) الالتهاب فى الغدد أو التهاب فى غدد لتر :

(أ) درجة غير محسوسة تزال عادة بالغسل بمحلول برمنجانات البوتاسيوم مبتدئا بنسبة $\frac{١}{٦٠٠٠}$ الى $\frac{١}{٢٠٠٠}$ وتشفى عادة فى مدة أسبوع .

(ب) حينما تكون الحالة ظاهرة ومتوسطة يدخل المنظار المجهرى الكهربائى داخل قناة مجرى البول وتدلك القناة دلكا خفيفا بواسطة اليد فوق عمود المنظار ثم تغسل القناة كما أسلفنا فى نمرة واحد .

(ج) فى الأحوال المتقدمة يستعمل فى هذه الأحوال الموسع المستقيم المصحوب بالغسل مرة كل خمسة أيام .

(د) الأحوال الشديدة ربما تحتاج الى المس بنترات الفضة داخل المجهر الكهربائى وهذا العمل يحتاج الى حذق متناه حتى يمكن الحصول على نتائج مرضية وسنشرح ذلك أيضا فى الفصل السادس .

(٢) الترشيحات الرخوة تحت الغشاء المخاطى المسببة للضايق الرخوة تراها بواسطة المنظار الكهربائى كأورام صغيرة بارزة فى أجزاء قناة مجرى البول ومن المهم جدا علاجها قبل ما يستفحل أمرها وتعالج عادة باستعمال الموسع المستقيم مع الغسل مما سنشرحه فى الفصل السابع .

(٣) المضايق الصلبة لا توجد عادة فى المرضى الحديثى الإصابة إلا أن تكون نتائج مضاعفة لإصابة قديمة سابقة .

ومن المؤكد أن وجود هــذه المضايق القديمة العهــد يسبب استمرار الافراز الصديدى من وقت لآخر وتعالج هذه المضايق كما سيشرح فى الفصل السابع بادخال المجسات القصيرة ثم استعمال الموسع كولمــان ويلزمنا التنبيه هنا بأنه يجب ألا تستعمل هذه المجسات أو الموسعات إلا بعد التحقق من أن حالة الالتهاب الحاد زالت تماما لأننا اذا أدخلناها الى ما وراء العضلة العاصرة لقناة مجرى البول تعرض مريضنا لالتهاب الجزء الخلفى للقناة .

ومن الضرورى إجراء فحص خاص ســيوضح فيما بعد قبل التصريح للمريض بأنه شفى .

النصيحة الأخيرة أننا اذا ما فحصنا المريض وقررنا شفاءه نرجوه الحضور بعد ستة أشهر لفحصه بالمنظار الكهربائى لقناة مجرى البول وذلك خوفا من أن تحدث ضخامة موضعية فى الأنسجة تسبب ضيقا قد نكون تجاوزنا عنه فى المدة الأخيرة عند فحص المريض ونذكر هنا أيضا للمريض بأنه كلما أكثر من الامتناع عن تعاطى الخمور والجماع بعد انتهاء العلاج كلما رجعت حالة قناة مجرى البول وغددها الى مجراها الطبيعى بعد الالتهاب الناتج عن استعمال علاجنا ومن المهم أن هذه النصائح لا دخل لها مطلقا فى تقريرنا الأولى للمريض بأنه شفى .

التهاب القسم الخلفى لقناة مجرى البول تحت الحاد — التهاب البروستاتة فى بعض الأحوال يكون الطبيب عرضة لارتكاب خطأ ينشأ عنه كثير من المشغولية والتعب كان المريض فى غنى عنها وذلك أن يصير بول المريض المصاب بالتهاب الجزء الأمامى لقناة مجرى البول رائقا ظاهريا و يصحب بعدم وجود أى افراز أو ألم وقت التبول كما أن حالة البروستاتة تكون قريبة من الطبيعية عند فحصها بالأصبع و يجلى الفحص بالمنظار الكهربائى عن سلامة قناة مجرى البول وهنا نوجه نظر الطبيب الى أنه قد توجد أحيانا فى مثل هذه الأحوال عكارة فى البول لوجود بعض صديد، وحينئذ يتوجه السؤال الآتى :

من أين أتى هذا الصديد ؟ مادام الطبيب واثقا من سلامة قناة مجرى البول بجزأيها ؟ ويحل هذا الاشكال بدلك البروستاتة دلكا خفيفا بالأصبع و بفحص السائل بالمجهر فنجد كثيرا من خلايا الصديد اذ ذاك

تكون اصابة جزء من البروستاتة محققة وبعمل هذا الدلك نساعد على طرد الافراز منها .

وتعالج هذه الحالة بالمواظبة على الدلك ثلاث مرات فى الأسبوع مع غسل قناة مجرى البول بمحلول برمنجانات البوتاسيوم .

العلاج الإجهاضى لالتهاب القسم الأمامى لقناة مجرى البول

يحضر لدينا أحيانا مرضى يشكون من أكلان وحرقة شديدة وفى بعض الأحيان نجد قليلا من الافراز فنعمل لهم الاسعافات الضرورية العاجلة (كالراحة فى الفراش، وتنظيم الغذاء والغسل الموضعى الخ) وربما تنتهى هذه الحالة فى مدة عشرة أيام أو خمسة عشر يوما فيستعمل الطبيب الغسل مرتين فى اليوم بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{١}{٥٠٠٠}$ مرتفعا تدريجيا لنسبة $\frac{١}{٢٠٠٠}$ والى $\frac{١}{١٠٠٠}$ فى خامس يوم حتى اذا ما صار البول رائقا وتلاشت كل العوارض يمكننا إتمام الفحص بالمنظار الكهربائى فى عاشر يوم فى أغلب الأحوال واذا وجدنا النتيجة مرضية نجرى ما يلزم للتأكد من تمام الشفاء .

ولدينا طرق أخرى للعلاج الاجهاضى — ولكن من المؤكد أن بعضها يحدث ألما بل وتلفا موضعيا أكثر مما يحدثه السيلان نفسه وقد تنتهى الحال باطالة المدة فضلا عن صعوبة نيل الشفاء .

العلاج المبكر الواقى من السيلان

من الضرورى أن نفهم بأن الجونوكوك يعيش على سطح الغشاء المخاطى مدة ثلاثين ساعة ويمكننا فى هذه الحالة ابادته موضعيا فى الوقت

المناسب لأنه بعد ذلك يغور فيما تحت الغشاء المخاطى بحيث يمكنه مقاومة كل ما نعمله من علاج . واذا حضر لدينا المريض فى اليوم الأول من تعرضه للعدوى فيمكن باستعمال قليل من الحذق والمهارة والعلاج السريع أن تصل الى منع انتشار العدوى .

(١) ولكى نحصل على ذلك بسهولة يلزمنا أن نأمر المريض بالاستراحة فى الفراش ونتتبع بدقة نظام الغذاء والشراب وترك جميع المنبهات وبالاختصار كل ما هو مدوّن فى علاج التهاب الجزء الأمامى لقناة مجرى البول السيلانى الحاد .

ويحسن أن يغسل المجرى بمحلول من السليمانى بنسبة $\frac{١}{٢٠٠٠}$ ثم يوالى الغسل بمحلول برمنجانات البوتاسيوم مبتدئين بنسبة $\frac{١}{٣٠٠٠}$ الى $\frac{١}{١٠٠٠}$ مرّتين يوميا ولا بد من عمل هذا الغسل بمعرفة الطبيب نفسه مصحوبا بخفة ولطف مع مهارة لئلا يحدث ذلك تلفا للغشاء المخاطى وذلك يساعد على انتشار الجونوكوك .

(٢) أما اذا تعذر على المريض ملازمة الفراش ولو لمدّة يومين فقط فيحسن أن نتبع الطريقة الآتية :

(أ) تغسل الحشفة (رأس القضيب) بكؤول نقى أو بمحلول سليمانى بنسبة $\frac{١}{٣٠٠٠}$

(ب) تغسل قناة مجرى البول (القسم الأمامى فقط) بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{١}{٢٠٠٠}$

(ج) يوضع قليل من مرهم الزئبق الحلو داخل قناة مجرى البول لمسافة أربعة الى ستة سنتيمترات مع دلك المرهم فى الحشفة والغلفة والى ما وراءهما الى الفخذين .

ملاحظات عن أسباب تعكير البول

تعكير البول الحديث ينشأ عن أسباب كثيرة أهمها ما يأتى :

البول مضافا اليه قليل من حمض الخلليك .

اذا استمر وجود العكارة يكون به صديد .

البول مضافا اليه قليل من حمض الخلليك — واذا انقشعت العكارة يكون به فوسفات .

البول مضافا اليه قليل من حمض الخلليك — اذا زادت العكارة — يكون نتيجة تعاطى زيت الصندل .

البول مضافا اليه قليل من محلول البوتاسيوم الكاوى — فاذا تجمد قليلا كان به مخاط .

الهز العنيف للبول — حتى اذا كان به دوّامة كان به با شيلوش

وبعد ذكر ما تقدّم ننصح الطالب بأن كل ما ذكرنا هو تقريبىّ وأنه ربما وجدت عدّة أسباب من هذه مجتمعة فى بول واحد ومحدثة للعكارة .

الخيوط فى البول

قد يتخذ بعض المرضى فحص بوله عادة ويبحث دائما فى كل مرّة من مرّات البول عن خيوط ، وهذا لا يدع الطبيب أن يهمل البحث عن

هـذه الخيوط وفحصها لأن منهـا ما ينتج عن المرض أو يدل على وجوده كما أن منهـا ما يكون عديم الأهمية ، وبعض الأطبـاء يقسمها أقساما مختلفـة وأنواعا كثيرة يستدل منها على مكان تكوينها كالبروستاتة وغدد إتروقد اكتفينا هنا بالاشارة الى ذلك .

فمثـلا اذا كان لون الخيوط أصـفر رائقا وترسب بسرعة الى قاع الكأس دل ذلك على أنها صديدية وبها ميكروبات معدية .

وأما اذا اتخذت الخيوط شكل الواو واللون الأصفر ، فتكون آتية من البروستاتة ، واذا كانت رقيقة وعائمة على سطح البول فتتكون من خلايا ومخاط وتدل غالبا على شـفاء القناة أو أن المـادة التي تحقن تسبب تهيجا للأنسـجة ، وأما اذا كانت على شكل حلقات طويلة ومتوسطة الكثافة فتدل على أنه ربما حصلت عدوى جديدة ، واذا كانت على شكل حلقات متركبة من خيـوط منتفخة وترسب في قاع الكأس دل ذلك على وجود عصير مر... التي ممتزج بمخاط كثير وهكذا . ومن المؤكد أن التجارب الشخصية وكثرة التمرن على رؤيتها يساعدان كثيرا على معرفة أنواعها .

الفصل الثالث

تشخيص وعلاج التهاب القسم الخلفى لقناة مجرى البول الحاد وتحت الحاد ومضاعفاته

الالتهاب السيلانى للقسم الخلفى لقناة مجرى البول والتهاب البروستاتة

نبدأ هذا الفصل بشرح حالة كنموذج — فتاريخ المرض والعلامات السطحية له هى التى سبق لنا شرحها فى مرض التهاب القسم الأمامى لمجرى البول ، وتمتد العدوى عادة للقسم الخلفى بعد مضى عشرة أيام الى ثلاثة أسابيع من تاريخ الاصابة ، وقد قيل إنهـا تمتد فى مدة يومين فى أحوال نادرة جدا ، ولكن يغلب على ظنى أن هذه الأحوال تكون عدوى جديدة ، ولكن سبق إصابتها بالتهـاب القسم الخلفى قديمـا وكان كامنا وتجدد بعد حدوث الاصابة وبعد تشخيص المرض بالطريقة السابقـة والتثبت من اصابة القسم الخلفى والبروستاتة نجد ما يأتى :

(١) بادخال الأصبع فى المستقيم ربمـا نجد البروستاتة فى حجمها الطبيعى ولا يحدث ذلك ألمـا حتى بالضغط بالأصبع ، ومن الغريب أن يقابل ذلك فى بدء أحوال التهاب البروستاتة الحاد وتحت الحاد فواجب علينا أن نجتهد فى حفظ الحالة كما هى على الأقل ،

(ب) وربمــا نجد البروستاتة متضخمة جميعها أو من جهة واحدة ممــا يدل على حصر المرض فى فص واحد منها وتكون مؤلمة عند الضغط بالأصبع مع وجود صــلابة أو رخاوة كالقربة ويحس بكبر حجم الورم من جهة المستقيم بالجس ممــا يدل على تكوّن خراج ربمــا ينفجر فى المستقيم نفســه ، وفى هذه الحالة يكون مصحوبا بعــلامات ألم شديد عموميــة فى العجان خصوصا عند التبرّز ، وألم وقت التبوّل وقد نجد قليلا من الدم مع البول وقد ينتهى الحال باحتباس فى البول وارتفاع فى الحرارة ، وقــد يصحب ذلك بالتهاب فى الحويصــلة المنوية أيضا ولكن نترك ذلك الى ما بعــد .

علاج الالتهاب الحــادّ وتحت الحــادّ للقسم الخلفى لقنــاة مجــرى البول

يجب علينا أن نرسم الخطة الواجب اتباعهــا فى علاج القسم الخلفى المصحوب دائمــا بالتهاب القسم الأمامى ، ويلزمنا أن نفهم المريض بأنه لا يرجى شفاؤه قبــل شهرين أو ثلاثة على الأقل وأن أىّ مخالفة للنصائح الطبية أو الإهمال لها يسبب مضاعفات ربما لا تشفى بعد عدّة أشهر .

نبدأ بعلاج القسم الأمامى مع ما يحتمل معه من المضاعفات فى مدة الخمسة الأسابيع الأول كما شرحناه فى الفصل الثانى وقد يترك علاج القسم الخلفى وقتيا وذلك لأن بعضهم يعتقد بأنه من الخطر جدا غسل القسم الخلفى للمجرى قبل مضى خمســة أسابيع ما لم يكن البول رائقا تمــاما وقد يكون

من السهل نقل وانتشار العدوى للثانة أو البربخ أو الحويصلة المنوية اذا غسلنا القسم الخلفى ودلكنا البروستاتة ولو أننى أحبذ هذا الرأى غير أنى أنصح بالتداخل بلطافة وخفة وحذق قبل مضى هذه المدة، وأما الطبيب المبتدئ فالأجدر به اتباع النصيحة الأولى .

العلاج السلبى لالتهاب البروستاتة

ان العلاج الشديد الموجه للقسم الأمامى للمجرى يلزمه الراحة التامة فى الفراش و إعطاء مسهل مع التوصية باستعمال الحمامات الساخنة ثلاث مرات يوميا نصف ساعة كل مرة على الأقل وتنظيم الغذاء واذا وجد ارتفاع فى الحرارة يحسن أن يعطى ما يناسب ذلك ولكن اذا كان الألم فى العجان شديدا فيعطى أقماع المورفين بمقدار ٤/١ قمحة وأحيانا تستعمل حقن ساخنة من المحلول الملحى بدرجة ١١٥ و ١٢٥ — ف . فى المستقيم مرتين فى اليوم .

علاج البروستاتة فى بدء الالتهاب

(أ) فى حالة تكون الخراج البروستاتى الناشئ عنه ألم شديد وصعوبة فى التبول يلزمنا عمل دلك خفيف بمهارة داخل المستقيم وفى أغلب هذه الأحوال ينفجر الخراج بالضغط داخل قناة مجرى البول و يزول .

(ب) أما فى حالة وجود الخراج البروستاتى المصحوب باحتباس بولى ولم يفد استعمال الدلك الذى قد يساعده على الانفجار يلزمنا فى هذه الحالة

شق الخراج بالطرق الأصولية الموضحة بكتب الجراحة ويلزم لذلك استعمال غيار جاف لمدة ٣٦ ساعة ثم ضمادات ساخنة لمدة ثلاثة أيام وفى الأحوال المرضية يستغنى عن أنبوبة الدرنغة فى سابع يوم ويستمر فى الغيار يوميا لغاية التئام الجرح .

وبطبيعة الحال تهبط الحرارة بعد العملية بأربع وعشرين ساعة تقريبا ويزول الألم شيئا فشيئا ويمكن المريض ترك فراشه بعد أسبوعين وتنتهى الحالة فى مدة أربعة أسابيع تقريبا وهذا لا يمنع من عمل دلك خفيف فى الوقت المناسب للبروستاتة نفسها لا تمام العلاج .

العلاج الموضعى لالتهاب القسم الخلفى للمجرى والتهاب البروستاتة

يبدأ بالعلاج بعد مضى خمسة أسابيع حيث تكون هبطت شدة المرض وذلك كالآتى :

(١) غسل الجزء الخلفى : (٢) تدليك البروستاتة .

قد تشبه البروستاتة فى هذه الحالة قطعة قذرة من الإسفنج بها قنوات متعددة تنتهى الى قناة كبيرة هى فى الحقيقة قناة مجرى البول وإنما تجب ملاحظة عدم مطابقة هذا المثل تماما للحقيقة لأن البروستاتة غدة حية أفسدها المرض — فباستعمال الدلك تطرد جميع الافرازات التى فى القنيوات إلى المجرى ثم يغسل المجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{١}{٢٠٠٠}$ ويغلب على الظن أن بعض هذا السائل يدخل هذه القنيوات ويطهرها — وبهذه

الوسـيلة أيضا قد تمنع كل أسباب التسمم كما أن البروستاتة تكون صالحة لتكوين عصيرها الداخلي اللازم للجسم .

(١) غسل القسم الخلفى — يمكننا عمل هـذا الغسل حينما يكون المريض واقفا أو جالسا أو نائما وهو الأفضل .

يؤمر المريض بالتبول أولا ثم يغسل القسم الأمامى للمجرى وتكون الحقنة إذ ذاك على ارتفاع متر تقريبا ثم يطلب من المريض التبول وباستعمال ضغط خفيف مع زيادة المسافة إلى مترين ونصف تقريبا يدخل السائل بسهولة الى المثـانة والحذر كل الحذر من استعمال القوة فى ادخال السائل لأن مقاومة العضلة العاصرة ستكون شديدة إذ ذاك وربما يفقد المريض قوته مدة من الزمن أو تحـدث نزيفا من المجرى وهـذا بلا شك يؤخر العـلاج واذا وجدنا أية صـعوبة فى إدخال السائل وهو نتيجة مقاومة العضلة العاصرة فيلزم أن نستلفت فكر المريض لأمر آخر كالتنفس الطويل أو شد يديه بعضها ببعض بقوة . وفى الأحوال المتعذرة وهى قليلة جدا قد يحسن حقن ١٠ سنتيمترات مكعبة من محلول النوفوكين بنسبة ٢ ./. داخل المجرى وهـذا بلا شك يبطل كل مقاومة للعضلة العاصرة ويلزم الطبيب بألا يسمح بادخال سائل أكثر من المعتاد للمثانة لأن الدلك بعد ذلك قد يأتى بضرر .

المقدار من السائل المسموح به وهو ما يعادل ٣٠٠ الى ٦٠٠ جرام .

(٢) الدلك البروستاتى — بعد ما تملأ المثانة بالسائل يمكننا مباشرة الدلك اللازم للبروستاتة بادخال الأصبع فى المستقيم بتحريكه ومن أسفل

الى أعلى والى الداخل على جميع فصوص البروستاتة لمدة نصف دقيقة ويجتهد الطبيب بالا يحدث ألما للمريض غير مرغوب فيه . وتستعمل نفس الطريقة لدلك الحويصلة المنوية . فيدخل الأصبع لغاية أن يصل طرفه رأس الحويصلة (إن أمكن) ثم يسحب تدريجيا الى الخارج بضغط بسيط عاصرا الجزء المجرى البروستاتى بجزة واحدة فى المنتصف ثم تكرر العملية نفسها على الجانبين حتى نتحقق من عصرنا للبروستاتة والحويصلة المنوية ويمكننا إطالة وقت التدليك تدريجيا الى دقيقتين ثم يسمح للمريض بالتبوّل فيخرج البول مصحوبا بالافرازات وهى نتيجة العصر . ويحسن أن يفحص هذا الافراز من وقت لآخر لكى نطمئن على نتيجة العلاج .

علامتا الخطر — ارتفاع فى الحرارة ووجود الدم

يحدث أحيانا بول دموى فى أحوال التهاب البروستاتة وهذا إنذار وعلى الأخص اذا تكرر حصوله فهو من عوارض التهاب البروستاتة الحادّ المصحوب بالتهاب الحويصلة المنوية أو البربخ فيلزمنا والحالة هذه أن نبطل كل علاج ونسمح للمريض بالفراش ولا يتركه إلا مرتين فى اليوم فى كل مرة نحو الساعة لعمل الحمام النصفى الساخن مع الاحتراس الشديد من التعرّض للبرد . ويلزمه تخفيف الغذاء ما أمكن وتعاطى مسهل ويجب الاستمرار على هذا النظام حتى تهبط الحرارة وعلى العموم لا يمكن البدء فى المعالجة الموضعية قبل مضى أسبوع على الأقل . أما فى حالة وجود التهاب فى البربخ فسنشرح علاجه فيما بعد .

ويلزم التنبيه بأن ارتفاع الحرارة ولو يوما واحدا حتى فى بدء المرض دليل قوى على التهاب الحويصلة المنوية .

طريقة العلاج الفعال لالتهاب القسم الخلفى لقناة مجرى البول والتهاب البروستاتة

سنضع نموذجا يشرح علاج حالة اعتيادية من هـذا القبيل وبالطبع يمكن للطبيب إجراء بعض التعديل بما يناسب الحالة وأن ما سنشرحه يعتبر أساسا للعلاج .

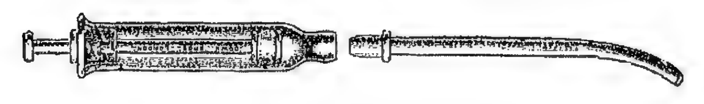
الغسل والتدليك (أربعة أسابيع ونصف)

(أ) يعمل الغسل لجزأى المجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{١}{٤٠٠٠}$ الى $\frac{١}{٢٠٠٠}$ مرة فى اليوم لمدة عشرة أيام . وتدلك البروستاتة فى اليوم الثالث والسابع والعاشر .

(ب) غسل وتدليك مرة كل أربعة أيام لمدة ثلاثة أسابيع ويلاحظ فى كل مرة كمية الافراز المتحصل من البروستاتة بواسطة الدلك ونوعه والأفضل فحصه بالمجهر أيضا ، وينصح للمريض باستعمال الغسل بنفسه مرة فى اليوم بمحلول برمنجانات البوتاسيوم أيضا اذا لم يمكنه الحضور للعيادة .

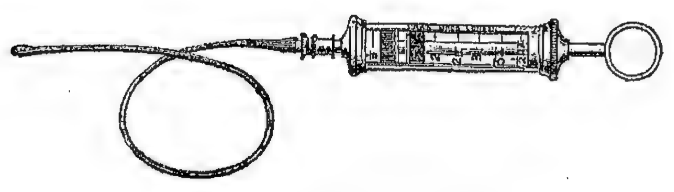
(ج) وبعد انتهاء هذا الدور يلزم فحص عصير البروستاتة وملاحظة كمية المادة الصديدية المستخرجة منه وفى أغلب الأحوال يوقف العلاج لمدة عشرة أيام وينصح المريض بالرياضة وتغيير المكان .

(د) وبعد انتهاء الراحة يفحص سائل البروستاتة أيضا حتى اذا حصلنا فى ذلك على كمية بسيطة من المادة الصديدية فقط يمكننا استعمال التقطير مع الدلك وذلك أن تدلك البروستاتة أولا ثم يسمح للمريض بالتبول و يقطر نحو أربعة سنتيمترات مكعبة من محلول نترات الفضة مبتدئا بنسبة ¼٪ وهكذا بالتدريج الى نسبة ٢ ٪ وتستعمل فى ذلك قطارة الزمان .



(شكل ٧) حاقنة التقطير ذات القسطرة الصلبة

طريقة التقطير — تملأ الحقنة من السائل المطلوب ثم تدخل القسطرة داخل القضيب بعد دهنها بالزيت الخروع وبعد التحقق من الوصول الى الجزء البروستاتى يدفع السائل تدريجيا وتشد الحاقنة الى الخارج ويمسك المريض بالحشفة لمنع خروج السائل من المجرى ثم يعمل دلك خفيف باليد فى العجان ولو لاحظنا النقط الآتية بالدقة نرى أن هذه العملية فى غاية من السهولة .



(شكل ٨) حاقنة التقطير ذات القسطرة المرنة

(١) التأكد من عدم وجود ضيق .

(٢) التأكد من أن الحاقنة صالحة تماما للاستعمال .

(٣) التأكد من أن القسطرة فى الجزء البروستاتى قبل دفع السائل .

(٤) عدم استعمال أى قوة وقت العمل .

(٥) لا ضرورة مطلقا لاستعمال أى محلول مخدر لإضعاف الألم الذى ربما ينتج عن محلول نترات الفضة .

(٦) يستعمل مقدار قليل جدا من زيت الخروع لإدخال القسطرة .

وبعد انتهاء دور التقطير يفحص إفراز البروستاتة فإذا لم يوجد أثر للصديد يحسن إيقاف العلاج مدة للراحة ثم يكرر الفحص كما سيشرح بعد .

يفحص مجرى البول بالمنظار الكهربائى للتحقق من عدم وجود أى ضرر للغشاء المخاطى يكون ناشئا عن العلاج ويحسن إدخال قسطرة غليظة بعد ذلك للتأكد من عدم حصول أى ضيق .

المرحلة الأخيرة — الفحص للزواج — سنشرح ذلك فى الفصل الخامس وبعد أن يصير المريض حرا من جهة اختلاطه بغيره .

نصيحة الوداع للمريض

لا يبالى المريض اذا وجد بعض بلولة (ترشيح) فى الصماخ البولى بعد العلاج من وقت لآخر وليفهم المريض أن ذلك ناشئ من استعمال

محلولات مختلفة للعلاج فالامتناع عن المشروبات والراحة التامة للعضو يساعدان كثيرا على رجوع الحالة الى الطبيعة بعد شهرين .

(ملاحظـات) عن أهمية غسـل القسم الخلفى لقناة مجرى البـول وتدليك البروستاتة — قد تقابل أحيانا كثرة التمرن على عمل دلك البروستاتة بخبرة ودقة بالسخرية مع أنه على دقة الدلك وخفته ترتكز أهم نقطة فى العلاج مع التحقق فى مبدأ الأمر من صحة التشخيص وأن يعتاد الأصبع شـكل البروستاتة الطبيعية وأحوالها وحجمها وبطبيعة الحال لا يمكن تشخيص ما هو غير طبيعى إلا بعـد معرفة الطبيعى بنفســه ولا يفوت الطـالب أى فرصة لتكرار امتحان البروستاتة والحويصلة المنوية حتى فى حالة عدم الاشتباه بوجود مرض فيهما فقد توجد البروستاتة فى حالة طبيعية مع أن حجمها غير طبيعى وكذا فى الحويصلة المنوية .

ومن المهم جدا أن نحصل على إفراز بروستاتى لفحصه مع العلم بأنه يوجد بعض أحوال لا يمكن فيها استخراج أى إفراز من البروستاتة ولو بعد جهـد كبير وتحمل الغلطة على عمـل الطبيب نفسه لا على البروستاتة وقد أوضحنا طريقة عمل الدلك ونؤكد هنا أن تحريك الأصبع من أعلى الى أسفل فى الخط النصفى ومن الأمام الى الخلف بحركة واحدة مع قليل من الضغط يكون كافيا لإخراج العصير وبحبس الصماخ البولى وعمل تدليك خفيف على خط المجرى من الخارج يتساقط السائل بعد فتح الصماخ على لوح من الزجاج وقد يحصل أحيانا أن يرتد العصير البروستاتى الى المثانة فيحسن عادة ملء المثانة بمـاء مقطر معقم ثم إخراجه وفحصه .

إلتهـاب البربخ

يحصل التهاب البربخ فى الأسبوع الثالث أو الرابع من تاريخ الإصابة وهو بلا شك نتيجة امتداد العدوى للجزء الخلفى للمجرى .

(أ) من المحتمل جدا أن ٦٠ ٪ من أحوال التهاب البربخ مسببة عن ميكروب السيلان .

(ب) إن أحوال التهاب البربخ تحصل بنسـبة ١٥ ٪ من أحوال السيلان . ومن المؤكد أن العلاج المنتظم يقلل من هذه النسبة ويحصـل امتداد العدوى بواسـطة القناة الناقلة للنى أو الأوعية اللمفاوية المغذية لها وفى أحوال نادرة جدا بواسطة الأوعية الدموية — وتحدث عادة كنتيجة لغلطة الطبيب أو المريض فإهمال النصائح الطبية وعمل حركات قوية غير مرغوب فيهـا (كركـوب الدراجات والوقوف أو المشى لدرجة متعبة والوثب الخ) أو استعمال قوة وقت الغسل أو محلول بنسبة شديدة أو انتصاب لا لزوم له كل ذلك يساعد على حصول التهاب البربخ وكذلك أيضا عمل دلك بروستاتى بدون ضرورة أو إدخال مجسات بالمجرى قبل الوقت المناسب يسبب كثيرا حصول هذه المضاعفة .

العوارض والعـلامات

تبـدأ عادة بألم شديد متقطع فى الجهة الأروبية وهذا قـد يحدث ايضا فى التهاب البروستاتة وهو ينذر الطبيب بأن يأمر المريض بالراحة

التامة واستعمال المكمدات والكيس الرافع على الخصية للتفادى من حصول هذه المضاعفة .

ولكن يحصل التهاب البربخ أحيانا دون أى انذار فيتورّم البربخ بغتة ويصير مؤلمـا عند الجس كما أن الصفن يحمر ويلتهب ويحدث قيلة مائية وينقطع الإفراز من المجرى ولكن مـن النادر جدا أن يتكوّن صديد فى البربخ .

البـاتولوجيـا

تحصل عوارض الزكام بالبربخ والقناة الناقلة للنى مع أوزيما وترشيح داخل أنسجته .

الـــبربخ — قد يلتهب بأجمعه أو يبتدئ بالتهاب الجزء الصغير منه ثم ينتقـل بدرجة أخف الى الجزأين الآخرين فيكبر حجم البربخ ويغطى الخصـية فيلزمنا الحـذر فى التشخيص خوفا من احتمال وجود التهـاب فى الخصـية نفسها مع ملاحظة تورّم خفيف فى الأوعيـة والأعصاب والأنسجة بجوار البربخ مع الألم الشديد .

القيـلة المـائية — يحصـل قيلة مائيـة حادة فتزيد ورم الصفن وتضغط على الخصـية ويكون من السهل جدا معرفة أن هـذا الالتهاب ناشئ عن التهاب البربخ .

(ج) القناة الناقلة للنى — إن طول هـذه القناة هو نحو من ٤٥ سنتيمترا بمجرى ضيق وحيطان كثيفة ويصاب دائمـا جزء منها فى أحوال

التهـاب البربخ ففيما يحصل الترشيح فى حيطانها الكثيفة يحدث ألمـا شديدا كما أن ضيق المجرى يساعد كثيرا على الانسداد الكلى فينتج العقم .

التشـــخيص

اذا كان المريض مصابا بالسيلان وأصيب بالتهاب فى البربخ فمن المؤكد أن هذا الالتهاب هو سيلانى فى الأصل وفى أغلب الأحوال يكون مصحوبا بألم شديد ولكن لا يفوتنا أن هذا الألم يكون معدوما أحيـانا ويبتدئ التهاب البربخ تدريجيا ولا يشـعر المريض إلا بالورم ، وحقيقة قد يحصل التهاب البربخ الدرنى عقب الإصابة بالسيلان وقد ذهب البعض الى الظن بأن السيلان يساعد كثيرا على الاصابة بالدرن فى هـذا العضو وأهم نقط التشخيص فى الأحوال الدرنية هى — التدرج مع البطء فى ظهور الالتهاب وعدم وجود أى ألم .

التدرن غير المنتظم فى الجـزء الكبير من البربخ: التدرّن فى القناة الناقلة للمنى مع تدرّن فى الحويصلة المنوية ويكون نادرا فى البروستاتة

إن عدم زوال الورم بسرعة مع العـلاج لا يدل مطلقا على أن التهاب البربخ ليس بسـيلانى بل بالعكس قد يستمر الورم زمنا غير يسير فاذا وجدت أى شبهة فى التشخيص يحسن أخذ رأى الجراح أما فى حالة اصابة الخصية بالدرن فمن المؤكد أن الجزء الداخل فى الحوض من قنـاة

نقـل المنى مصاب أيضا بالدرن ، وصحيح أيضا أن التهاب البربخ الدرنى قد يحصل قبـل وجود أى التهاب فى الخصية أو فى قناة نقـل المنى وعلى العموم أخذ رأى الجراح أمر ضرورى فى كل الأحوال الموجبة للريبـة فى التشخيص لاستعمال العلاج اللازم فى الوقت المناسب .

التهاب البربخ نتيجة عدوى الباشيلوس كولون الخ

قد عرف حديثـا أن الباشيلوس كولون قد يحدث التهابا فى البربخ فى الأشخاص الضعيفى البنيـة والمنهوكى القوى الخ وفحص الافراز بالمجهـر يثبت أصل العدوى ولكن قديحدث التهاب البربخ نتيجة عدوى الباشيلوس كولون أثناء وجود التهاب سيلانى مجرى و بناء على ذلك يهمنا أن نذكر دائما أنه قد يمكن حدوث التهاب البربخ ناتجا عن الباشيلوس كولون مع وجود سيلان مجرى ويحدث عادة أن يمتد الالتهاب الى الخصية و يتكون خراج فى أحوال الباشيلوس كولون و يندر جدا حصولها فى الالتهاب السيلانى وقد نطلب مساعدة الجراح فى وضع تشخيص صحيح للحالة .

علاج التهـاب البربخ الحـاد

إن الألم يلزم المريض بالتزام الفراش فيحسن استعمال حقنة شرجيـة لتنظيف الأمعاء الغلاظ ولا داعى لاعطاء مسهل شديد ، وينصح المريض باستعمال الحمـام الساخن النصفى ثلاث مرات فى اليوم مع الاستمرار على عمل مكمدات ساخنة موضعية من المـاء الساخن أو المضاف اليه محلول تحت خلات الرصاص أو قليل من المورفين أو الملح الانجليزى ، و بعضهم

يستحسن استعمال الزجاجات الملأى بالماء الساخن ويستحسن أيضا استعمال دهان (لبخ) من الأنتى فلوجستين وعلى أى حال لا بد من رفع الصفن على وسادة لتريح الحبل المنوى . إن استعمال الثلج بدلا من الكمادات الساخنة مسألة فيها نظر ويحسن عدم استعماله ، وينصح بعضهم باستعمال غسل مجرى للجزء الأمامى فقط ولكن الخوف من مضاعفات جديدة يوجب علينا الحذر وتتحسن الحالة فى أثناء اليومين الأولين ، ومع وجود علاج آخر كوضع إبرة داخل البربخ ولو أنه يفيد حقيقة غير أن إمكان حصول العقم يجعلنا نفكر كثيرا قبل الاقدام على ذلك وبما أنه صار فى الامكان مداواة الحالة بدون أى عملية فيحسن اتباع الطريقة المتقدمة عوضا عن طريقة ادخال الابرة أو غيرها ويحسن بالمريض أن يلازم الفراش مدة أربعة عشر يوما على الأقل حتى تنتهى الحالة الحادة وبطبيعة الحال يلبس المريض كيسا رافعا للصفن طول المدة الباقية للعلاج (ويلزم انتخاب هذا الكيس بأن يكون فى حجم الصفن ، وأن يضغط عليه ضغطا خفيفا ، وألا يحدث أى ضغط للقناة الحاملة للمنى وقد ينصح باستعمال كيس جوليان الذى يكون محشوا بالقطن لعمل الضغط الكافى ويستعمل عادة فى الأشخاص المحترفين بصناعة تستوجب الوقوف أو التنقل) .

وقد يبقى الجزء الصغير من البربخ متورما تورما خفيفا بدرجة محسوسة بعد انتهاء الالتهاب ويبقى ذلك أمد الحياة وغنى عن البيان أن الطبيب لابد أن يبذل كل جهده فى مداواة هذه الاصابة لأن غلطة بسيطة قد تسبب

العقم وقد يحتاج الى مهارة وخبرة عظيمة فى الوقت المناسب للرجوع فى ابتداء علاج المجرى بعد انتهاء علاج التهاب البربخ فعدم وجود أى ألم وصلابة بالبربخ ومضى الوقت المناسب كل هذه اعتبارات يجب وزنها وعدم وجود الألم عند الضغط على البربخ ليس بكاف وحده لابتداء العلاج وعلى العموم يلزمنا ابتداء العلاج بحذق ومهارة و بالتدريج فاذا حصل أى ألم أو أى عارض آخر يلزمنا ايقاف العلاج حتى يزول كل شىء خوفا من النكسة .

التهاب الحويصلة المنوية الحاد وتحت الحاد

ان تشخيص مرض التهاب الحويصلة المنوية يحتاج الى حذق ودقة كما أن علاجها يحتاج الى مثل ذلك — لا شك أن على الطبيب المعالج لالتهاب الجزء الخلفى للمجرى المصحوب بالتهاب البروستاتة والحويصلة المنوية مسؤولية عظمى — فليس هو مسؤول عن صحة المريض فقط بل عن مستقبله وحالته المعاشية الدنيوية وحالة أقرب الناس اليه فأغلب مصائب أمراض النساء يحدث من جهل الطبيب للتشخيص المرض أو العلاج غير الكافى لحصول الشفاء — فنحن نعلم نسبة وجود التهاب البوق الصديدى عند النساء وما ينشأ عنه ولا نعلم نسبة عدد المرضى بالحويصلة المنوية المتروكين بنصف علاج أو الذين لم تشخص أمراضهم ونتج عن ذلك نقل العدوى . و يلزمنا أن نذكر دائما أن مداواتنا لمريض من التهاب الحويصلة هو فى الواقع ونفس الأمر انقاذ لمريضه بالتهاب فى البوق .

التهاب الحويصلة المنوية

يحصل التهاب الحويصلة فى أحوال التهاب الجزء الخلفى لقناة مجرى البول ويكون دائما مصحوبا بالتهاب فى البروستاتة — فقد يحصل فى الأسبوع الثالث من الاصابة ولكن فى أغلب الأحوال لا يعرف عنه شىء إلا بعد مضى الأسابيع أو الأشهر بل والسنين وذلك نتيجة عدم اجراء فحص البروستاتة والحويصلة لكل مريض . وقد ذكر أن التهاب الحويصلة يحصل بنسبة ٧ ٪ من أحوال السيلان ولكنى أتوقع نسبة أكبر من ١٥ ٪ الى ٢٠ ٪

العوارض والعلامات

إن معظم العوارض والعلامات مشتركة مع التهاب البروستاتة كما أوضحنا ولكن بالانتصاب المؤلم والانزال للمنى المتكرر أو المصحوب بدم — أو ببعض الانتصاب ، وفى حالة انسداد فتحة القناة الدافعة للمنى يحصل ألم شديد وقت الدفع .

التشخيص

إن انقطاع الافراز المصحوب بالبول الرائق لا يمنعنا مطلقا من فحص الحويصلة جيدا للتأكد من عدم إصابتها ، و إلا لم نأمن أن يوجد روماتزم مفصلى سيلانى على حين بغتة ، فان فى أحوال الروماتزم كثيرا ما نجد التهاب الحويصلة ، وذلك لأنه ربما حدث انسداد لفتحة القناة الدافعة للمنى أو لفتحة القناة الناقلة له بجزء من الصديد المتجمد — فتتسع وتمدد

الحويصلة لتخزين الصديد بها وأن لم ننقذها فى هذه الحالة فربما تحولت الى أنسجة وألغيت ، ونفهم بعد ذلك أن السبب فى وجود البول الرائق مع التهاب الحويصلة هو الانسداد فى فتحة القناة الدافعة كما أوضحنا ، وبطبيعة الحال يظهر تعكر بسيط فى البول عند عدم وجود الانسداد — يلزم الطبيب معرفة أن البول الرائق وعدم وجود أى إفراز هما من العلامات الأكيدة لوجود التهاب الحويصلة ، فاذا صرفنا المريض بحجة أنه شفى والتهاب الحويصلة موجود فهو عمل إجرامى فضلا عن أنه جهل فاضح ، والبرهان الوحيد على وجود التهاب فى الحويصلة هو جسها بالأصبع داخل المستقيم فتجد اذ ذاك الحويصلة الملتهبة متورمة وفى حجم اللوزة الكبيرة صلبة أو مموجة قليلا لوجود السائل بها ومؤلم جدا عند الضغط عليها ، ولكن التهاب الأنسجة حول الحويصلة ينتج ورما متحجرا ، وذلك مع العلم بأن موقع الحويصلة بالنسبة للبروستاتة قد يكون متغيرا عما هو موضح بكتب التشريح الدراسية .

غير أنه لايفوتنا أن نذكر أنه أحيانا بالنسبة لوجود ضخامة فى البروستاتة قد تغطى الجزء السفلى من الحويصلة أو تلحق الحويصلة أعالى أجزاء البروستاتة من أحد الجانبين أو بالنسبة لضخامة الحويصلتين قد يكونان ورما ظاهريا ويشتبه جسهما بجسم البروستاتة . وقد ذكرنا ذلك لنلفت الطبيب لما قد يقع تحت ملاحظته من الأحوال وقد يحصل للطبيب أنه يدلك البروستاتة عوضا عن دلك الحويصلتين وتبقى الحويصلة ملتهبة ومريضة حتى إنها تمر فى بعض الأحوال على الطبيب الخاص

بفحص الشخص للزواج بدون أن يعرفها — ومن المحتمل جدا أن تكون محتوية على جونوكوك .

وانى أذكر أنها فى حادثة عولجت مدة طويلة بواسطة أطباء غيرى ثم بواسطتى ولم ألق بها أى ضخامة أو التهاب فى الحويصلة وقد فحصتها مرتين للزواج وفى ثالث مرة وجدت ورما خفيفا ولكنه ليس فى موضع الحويصلة الطبيعى وبعد مجهود كبير بواسطة الدلك وجدت سائلا صديديا فى البول وبتكرار التدليك فى أوقات مختلفة وجدت بعض فضلات من أنسجة الحويصلة فى البول أيضا وقد تحسن المريض بعد ذلك لدرجة الشفاء تقريبا وقد ذكرنا ذلك للطبيب على سبيل الحذر والاحتراس والدقة فى العمل فان عدم معرفة هذه الحالة يكون بلا شك سببا لشقاء امرأة .

وعندنا أربعة أحوال ترشد الطبيب لضرورة فحص حالة الحويصلة المريضة .

(١) ضخامة صلبة موضعية غير متناسبة .

(٢) حويصلة فى داخل كيس سميك نتيجة التهاب قديم فى الأنسجة حولها .

(٣) الحويصلة الدرنية — وتكون مصحوبة عادة بدرن فى القناة الناقلة للمنى فى جزأيها خارج الحوض وفى داخله ويلزم فحص البربخ أيضا فى مثل هذه الأحوال بل ومعرفة وجود سل من عدمه فى بقية الجسم .

(٤) سركوم فى البروستاتة فالانتباه لحالة المريض مع الفحص الدقيق يرشدنا الى تشخيص صحيح عادل .

علاج التهاب الحويصلة الحاد وتحت الحاد

إن علاج التهاب الحويصلة يحتاج لمدة تختلف ما بين أربعة أشهر الى ستة فى الأحوال الاعتيادية فلا بد من إخبار المريض بهذه الحقيقة قبل البدء فى العلاج لئلا يجد نفسه فى حالة متحسنة وغير شاعر بشىء بعد مضى ستة أسابيع فينقطع عن العلاج مع وجود المرض كامنا فى الحويصلة ويحسن إنذار بعض المرضى بالعواقب الوخيمة الناشئة عن عدم مداواة هذا المرض وهى الروماتزم المفصلى السيلانى . التهاب البربخ ، العقم ، امتداد المرض لأجزاء أخرى والأهم أن المريض نفسه يكون منبعا للعدوى لزوجته أو خليلته .

الالتهاب الحاد — العلاج

يبدأ بالعلاج غير المباشر أولا ولكن على حذر من ظهور التهاب فى الحدقة أو ظهور روماتزم مفصلى أو التهاب فى البربخ فى أى لحظة فيؤمر المريض بملازمة فراشه فان لم يخضع لذلك فالأحسن ترك المريض وشأنه ثم يغسل الجزء الأمامى للمجرى بواسطة الطبيب نفسه لأن أى غلطة أو سوء استعمال تعرض المريض لمضاعفات أخرى ويعمل المريض حمامات ساخنة للنصف السفلى مدة ثلاثة أرباع الساعة مرتين فى اليوم مع وضع زجاجة مملوءة بالماء الساخن على العجان باستمرار فى باقى

الأوقات و يعمل حقنة شرجية من الماء الفاتر والصابون لتنظيف المستقيم أما استعمال الماء الساخن فقد يحدث ألما فى المستقيم وقد يحسن فى أحوال وجود الألم الشديد إعطاء قمع من المورفين ١٥ ٠,٠ وخلاصة البلادونا ١٥ ٠,٠ عند النوم وقد ذكرنا أنه من الخطأ غسل الجزء الخلفى أو عمل أى دلك وتستثنى من ذلك الأحوال المصحوبة بروماتزم مفصلى حيث يجب عمل الغسل مع الدلك فان الخوف من خطر الروماتزم أعظم من الخوف من حصول التهاب فى البربخ .

الالتهاب تحت الحاد — العلاج

حينما تدخل الحالة فى الدور تحت الحاد يحسن عمل غسل للجزء الخلفى للمجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{١}{٣٠٠٠}$ بدقة ثم بعد ثلاثة أو أربعة أيام يبدأ بعمل دلك من المستقيم مرة كل يومين لمدة عشرة أيام .

الالتهاب المزمن — العلاج

و بعد مضى هذه المدة تصبح الحالة مزمنة فيغسل المجرى بجزأيه مرتين يوميا بمحلول أوكسى سيانور الزئبق أو محلول برمنجانات البوتاسيوم مع التدليك مرتين فى الأسبوع — وقد يحسن إدخال مجسات داخل المجرى بنسب مختلفة ويبقى لمدة ثلاث دقائق وذلك بعد ملء المثانة بمحلول الغسل ثم يعمل الدلك والمثانة ممتلئة و بالطبع يلزمنا التحقق من أن الدلك يعمل للحويصلة نفسها و يحسن تحريك المجس قليلا من وقت لآخر لاخراج أى إفراز يكون معلقا على فتحة القناة الدافعة للمنى أو فى أى

محل آخر وقد تمضى الأسابيع دون الحصول على تحسين بين فى الحالة وقد ينفذ صبر الطبيب حينما يجد أن الورم المتحجر لم يتغير بعد مضى الزمن والاستمرار على العلاج وربما ينصح للمريض بمقابلة الجراح لاتخاذ علاج جراحى ولكن يلزمه ألا يدع لليأس محلا عنده فسيأتى اليوم الذى يجد فيه عمله متوجا بالنجاح حتما ويقترن ذلك باخراج نقطة صديدية صفراء ذات شكل خاص وهى آخر مرحلة للرض ويكثر بعد ذلك الافراز وبه كثير من اسطوانات الحويصلة وهذه تعتبر بشرى وعلامة أكيدة من علامات النجاح ويعقب ذلك نقص فى كمية الصديد ثم توار لنقطة الصباح ويحصل المريض على الشفاء ولا بد من القول بأن عمل الدلك لابد أن يكون فى جهة خاصة وهى جهة اتجاه القنيوات الى القناة الدافعة فى الجزء البروستاتى للمجرى وحينما يتعطل سير العلاج وطريق الشفاء يحسن أن يعمل ثلاث حقن من مصل الحصان تحت الجلد كل ثلاثة أيام واحدة ويصحب ذلك إعطاء المريض من الداخل لبنات الجير بمقدار ٠٫٣٠ جراما مرة واحدة مع كل حقنة لتمنع ماقد يظهره المصل من الطفح ويلزمنا التأكد من أنه لايكون المريض قد حقن بمصل الدفتريا من مدة وجيزة قبل حقن مصل الحصان والا يحسن فى هذه الحالة عدم إعطائه .

إلتهاب الحويصلة والفاكسين

قد اعتاد أطباء الأمراض الباطنة استعمال حقن فاكسين للأمراض لدرجة أساسية للعلاج فيمكن أن يقال هنا : إن العدوى صارت الى أطباء

السيلان خصوصاً فى التهاب الحويصلة ولكن من البديهى أن استمرار التهاب الحويصلة الناشئ من انسداد فتحة القناة الدافعة للمنىّ لا يأتى بنتيجة مطلقا ولكن أصبع الطبيب هو الذى عليه المعوّل ونعترف هنا بأن استعمال الفاكسين فى العلاج لاتزال تجاربه فى البداية ولكن من المؤكد أنه يوجد بعض أحوال تستحق تجربة إعطاء الفاكسين فيها فمثلا يستعمل فى التهاب الحويصلة عند التحقق من عدم وجود انسداد فى فتحة القناة الدافعة للمنى ويستعمل أيضا بدقة : كعلاج أساسى فى الروماتزم المفصلى السيلانى مع غسيل الجزء الخلفى للمجرى وتدليك الحويصلة ويجب أن نشير هنا الى أنه توجد أنواع كثيرة من الفاكسين منها الخالية من مادة تسمم ولكن أرى أنه لا يمكننا تفضيل نوع على آخر فى هذا الوقت .

عمليات التهاب الحويصلة

نجد أنها فى بعض الأحوال بصرف النظر عن استعمال العناية التامة فى العلاج لا تتحسن مطلقا ففى مثل هذه الأحوال يجب أخذ رأى الجراح وقد عملت عمليات كثيرة منها شق القناة الناقلة للمنىّ من الصفن وإدخال القطرة فى فتحة القناة الدافعة أو شق الحويصلة المنوية نفسها أو استئصالها .

ملاحظة

(استعمال غسل القسم الخلفى للمجرى فى أحوال التهاب القسم الأمامى للمجرى فقط) .

أريد أن أذكر الأسباب التى يذكرها بعضهم محبذا فكرة غسل القسم الخلفى لقناة مجرى البول فى أحوال آلتهاب القسم الأمامى فقط قد يعترض بأنه فى أحوال إدخال السائل الى المثانة بعد غسل القسم الأمامى جيدا ربما يحصل عدوى سيلانيـة للقسم الخلفى كالأمامى أيضا ومن المحتمل جدا أن يحصل التهاب فى البربخ فنذكر أن فى أحوال كثيرة قد تمتد العدوى من نفسها من القسم الخلفى بدون عمل الغسل ولا يمكننا مطلقا معرفة اللحظة التى انتقلت فيها العدوى للقسم الخلفى وقد آستحسن الأطباء فكرة منع آنتشار العدوى للقسم الخلفى بواسطة غسله وبناء على ذلك يرى بعضهم أنه حيث من الممكن آنتشار العدوى الى القسم الخلفى فى أى لحظة وأن الغسل هو الشىء الوحيد المانع لذلك فيتحتم علينا غسل المجرى بأجمعه بادئ بدء .

إن القصد من الغسل هو اخراج الافرازات وعصير الغدد الملتهبة الى الخارج ومن البديهى أنه فى حالة استعمال غسل القسم الأمامى للمجرى تكون المجرى منتفخة بالسائل وتنكمش عند خروجه ونرى أن تأثير الغسل لإخراج الافرازات على هذه الطريقة قليل النفع وفى حالة السماح للسائل بالدخول فى المثانة ومائها يخرج السائل بقوة عظيمة من المجرى دافعا معه كل ما يحتمل وجوده من هذه الافرازات فالسائل المدفوع بتيار قوى كاف فى أغلب الأحوال لطرد كل إفراز فى طريقه .

أما من جهة نقل العدوى للبربخ بواسطة غسل القسم الخلفى للقناة فأمر مشكوك فيه جدا ولا يمكن إقامة البرهان عليه ومع الاعتراف بأن عمل

الغسل السيء قد يحدث آلتهابا فى البربخ نظرا لاستعمال ضغط عال ولكن لا يمكن التسليم بأن كل غسل يحدث التهابا فى البربخ خصوصا اذا غسلنا بدقة وأعتقد شخصيا أن أحسن طريقة وأقواها لغسل القسم الأمامى لقناة مجرى البول هو دفع السائل من المثانة الى الخارج فيحسن والحالة هـذه أن يسمح للسائل بالدخول للمثانة بلطف ودقة بعد غسل القسم الأمامى جيدا ويستعمل لذلك حقنة الحائط المرتفعة عن المريض بمترين الى ثلاثة أمتار .

الفصل الرابع

السيلان الدورى — الروماتزم المفصلى السيلانى

معلومات عامة

إن مضاعفات السيلان الدورية أشد وطأة على المريض وأعظم خطرا على حياته من مضاعفاته الأخرى فالروماتزم المفصلى السيلانى يهاجم المفصل والجزء العظمى المجاور له والأربطة والعضلات والأنسجة حوله وكذا الأعصاب والغلاف حول القلب والغشاء المبطن للقلب والغشاء السحائى و يلزمنا التصريح هنا بأنه من الممكن فى بعض الأحوال تفادى حصول الروماتزم المفصلى الدورى فانه يصحب غالبا بالتهاب الحويصلة وانسداد فى القناة الناقلة للمنى وهذا الأخير هو الذى يسبب العدوى الدورية فلو اعتنى الطبيب وفحص الحويصلة فى كل إصابة بالسيلان فانه يوفر على المريض هذه المضاعفات باجراء العلاج لها فى الوقت المناسب و يستحسن أن كل مريض يشتكى بمرض الروماتزم أو بمجرد ألم فى المفاصل يسأل عما اذا كان أصيب بمرض السيلان أم لا ويجب فحص الحويصلة .

باتولوجيا الروماتزم السيلانى

اذا وجدنا الجونوكوك فى المفصل الملتهب لا يحتم هذا علينا الاعتقاد بأن يكون ذلك آتيا من الحويصلة أو البروستاتة فى كل حالة فمن المحتمل

أن ما ينقل منهما هو تسمم جونوكوكى وليس ببعيد أيضا أن تكون أسباب الروماتزم هو باشيلوس كولون الذى انتقل الى البروستاته ومن هنا انتقل للمفاصل مسببا التهاب المفصل .

إن نسبة أحوال الروماتزم المفصلى السيلانى هى اثنان فى المائة من أحوال السيلان ويكون أكثر وجودا فى الركبة ورسغ القدم ورسغ اليد والمفصل الساعدى العضدى ثم غيره من المفاصل على نحو ما ذكر من الترتيب كما أنه قد يحدث فى عدة مفاصل دفعة واحدة ويقسم الالتهاب الى حاد وفوق الحاد وتحت الحاد ومزمن .

الحادة

تبدأ عوارض هذا المرض بحمى مصحوبة بآلام روماتزمية وقد يوجد احمرار خفيف فى الجلد فوق المفصل ويعقب ذلك ورما فى المفصل مع ألم عند الضغط عليه وأن الورم ناشئ عن وجود سائل فى المفصل وقد يكثر السائل لدرجة أن يمنع حركة المفصل، وبالنسبة لوجود الألم نجد المفصل فى الموضع الذى يسمح باتساع تجويف الغشاء المبطن للمفصل . وقد تختلف درجة الألم ولكن فى أغلب الأحوال تكون شديدة، وتستمر الحالة الحادة مدة عشرة أيام تقريبا ثم تنتهى بأحد أمور ثلاثة :

(١) امتصاص تام والرجوع للحالة الطبيعية .

(٢) ثبوت وعدم حركة فى المفصل .

(٣) التحول الى حالة مزمنة، وذلك بأن ينصرف الورم والألم وقتا ما ثم ينكس ويعود الورم والألم ثانية وذلك يتبع الحالة التى يكون عليها المركز الأصلى للعدوى وعلى الراجح يكون فى الحويصلة فان لم تقابل هذه الأحوال بعلاج شديد من البداية فقد تنتهى بحالة مفصل ثابت أو شبه ثابت أى معطل عن اتيان بعض الحركات .

الالتهاب فوق الحاد

فى هذا النوع توجد كل العوارض السابقة وتكون أشد وطأة، والأهم فى الموضوع أن يتكون الصديد فى المفصل وقد يصير دوريا عموميا ويكون المستقبل مظلما ولو أن العلاج شديد وينتهى غالبا بتلف عظيم فى المفصل ووقوف فى حركته .

الالتهاب المزمن وغير المزمن

الغشاء المبطن للمفصل، فى هذه الحالة يكون المرض بطيئا وبعوارض أقل فى الشدة من الحالة الحادة، ويكون التهاب الغشاء المفصلى مصحوبا بسائل غزير تختلف كميته من وقت لآخر وليس من الضرورى أن يكون مؤلما، ويحدث عادة فى مفصل الركبة ويملأ السائل التجويف المفصلى بأجمعه ممتدا فيما تحت العضل من القسم العلوى، وبطبيعة الحال نجد الرضفة بعيدة عن عظمى الفخذ والقصبة، ويمكث عادة مدة شهرين أو ثلاثة ويقاوم العلاج بشدة، والفرق بين تشخيصه وتشخيص الروماتزم

الحاد أن هذا الأخير لايمكث طويلا فى مفصل واحد ولكنه سريع التنقل الى مفاصل أخرى .

النوع الدرنى . يكون هجوم هذا النوع ببطء أيضا كسالفه ، فيلتهب الغشاء المبطن للمفصل ويصحب بسائل ولكنه شحمى عند الجس ، والألم لا يكون ذا بال ولكنه يحدث تلنا فى المفصل وما جاوره مما هو حول المفصل .

النوع العظمى . يهاجم هذا النوع عادة المفاصل الصغيرة كسلاميات القدم واليد وقد يهاجم أيضا المفاصل الكبيرة أحيانا فيعطى المفصل شكلا خاصا بأن يكون متورما عند المفصل ومنسحبا تدريجيا من الجهتين ، وتوجد القرقرة والاصطكاك وهما علامتا الالتهاب العظمى فى المفصل المذكور . وقد يتأكل غضروف المفصل ويصحب ذلك تكاثف عظمى وضمور فى العضلات المجاورة ، وتنتهى الحالة بثبوت المفصل أو الاعاقة فى حركاته .

النوع المفصلى الألمى . يشعر المريض عادة بألم فى مفصل واحد أو مفاصل متعددة دون حدوث عوارض أخرى ويحدث هذا النوع فى أغلب الأحوال السيلانية المزمنة المهملة أو التى تعالج علاجا سيئا .

العلاج العام

غنىّ عن البيان أن كل أحوال الروماتزم السيلانى المفصلى يجب أن تلزم الفراش وتتبع نظام الحمية فى الغذاء كما أنه ضرورى جدا الالتفات الى

حالة الجهاز الهضمى والأمعاء لأنه من المحتمل أن تضاعف حالة الروماتزم بميكروبات أخرى مهاجرة من الأمعاء . والشيء الأساسى هو استكشاف المنشأ الأصلى للعدوى وعادة يكون ذلك فى إحدى الحويصلتين فيلزم فحصهما بادئ بدء وفحص السائل منهما بالمجهر ، وقد توجد إحدى الحويصلتين أو كلتاهما متورمة ومؤلمة عند الضغط وجامدة أو متموجة ، وبالضغط على الورم نحصل على سائل الحويصلة الملتهبة وهو إما صديدى أصفر ، أو سائل حويصلى محبب ، أو سائل منظره طبيعى ولكن عند فحصه بالمجهر نجد صديداً كثيراً ، وقد نجد الحويصلة فى حجمها الطبيعى ولكن من الضرورى جداً حتى فى مثل هذه الحالة فحص السائل بمجهر .

علاج الأحوال الحادة وفوق الحادة

اذا كانت الحرارة مرتفعة جداً فنحصر العلاج الموضعى فى غسل الجزء الأمامى لمجرى البول فقط مع ضغط بسيط على المفاصل بالأربطة ويسمح بعمل بعض حركات سلبية قليلة للمفصل أثناء النهار وحين تقل درجة الحرارة وتتحسن حالة المريض ولم تكن الحويصلة مؤلمة والأنسجة التى حولها ملتهبة يمكننا الشروع فى غسل المجرى بقسميه بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{2000}$ وعمل الدلك المعتاد للبروستاتة والحويصلة واذا استمر المفصل متورماً ومؤلماً بعد علاج أسبوعين أو ثلاثة فيمكن عمل البذل واستخراج قليل من السائل ثم حقن سبعة جرامات من محلول الفورمالين فى الجلسرين بنسبة ٢ ٪ وأما فى حالة تكوين صديد فيعمل الشق والدرنقة والغسل بمحلول ملحى بواسطة الجراح المختص .

وعند ما تهبط حالة التهاب المركز الأصلى للعدوى وتتحسن حالة المجرى نبدأ باستعمال إدخال المجسات ، وذلك بأن يغسل المجرى بقسميه بمحلول اكسى سيانور الزيبق بنسبة $\frac{1}{5000}$ ويدخل مجس بأكبر حجم يمكن إدخاله وتركه مدّة لا تقل عن الدقيقتين مرة فى كل خمسة أيام ، وبعد إخراج المجس يعمل الدلك للحويصلة والبروستاتة ثم يفحص السائل نظريا وقد تمكث هذه العملية عدّة أسابيع خصوصا عند وجود انسداد فى فتحة القناة الدافعة للنى ولكن من المؤكد أنه باستعمال هذه الطريقة مع دلك خفيف على المجرى وتحريك المجس بحركات خفيفة أيضا يزول الصديد المسبب انسداد المجرى نعم يوجد بعض أحوال بها يستمر الانسداد فيحسن أن تعمل فى هذه الحالة الطرق الجراحية المتقدم ذكرها .

ثم إنه لا يمكننا إدخال أىّ مجس فى المجرى قبل مضى خمسة أسابيع على الأقل ولو كان البول رائقا فان ادخال المجسات فى هذا الوقت قد يسبب التهابا فى فتحة القناة الدافعة للنى وأن وجود التهاب شديد بالحويصلة يمنعنا أيضا من استعمال المجسات .

ولكن فى حالة وجود كيس صديدى بالحويصلة يمكن عمل ضغط خفيف بالأصبع عليه ليطرد الصديد جهة المجرى وفى هذه العملية المجازفة بانتقال العدوى الى البربخ كما شرحنا فاذا نجحنا فى طرد الصديد بهذه الطريقة يحصل حالا تحسن بين فى الروماتزم الدورى وفى الحويصلة ثم فى المجرى ويلزمنا هنا التشديد فى عدم استعمال أى ضغط شديد لطرد

السائل ان لم تنجح بطريقة الدلك ، واذا ظهر انزال منوى مخلوط بدم كان دليلا على تحسن الحالة وقرب الشفاء .

علاج الأحوال المزمنـــة

يحسن فى هذه الأحوال عمل غسل للمجرى بقسميه ودلك البروستاتة والحويصلة مرة فى اليوم — ويدخل مجس مرة كل أربعة أيام ويعمل الدلك بعد إخراج المجس .

لا يزال استعمال الفاكسين رهن التجارب ومن المؤكد أنه يعطينا نتائج يرتاح اليها الطبيب فى بعض الأحوال ومن الواضح أنه اذا كان السبب هو انسداد فى القناة الدافعة للمنى فلا يفيد استعمال الفاكسين شيئا ولكن عند وجود ضعف عمومى للمريض وبعد عمل الغسل والدلك كما وصفنا ولم تتحسن الحالة يمكننا إذ ذاك استعمال الفاكسين ومن الجائز استعمال حقن مصل الحصان مرة كل ثلاثة أيام وحقنة مصل الاستربتوكوكس ومصل الأنتى مينا نجوكوكس بمقدار عشرين سنتيمترا مكعبا مرة كل خمسة أيام واذا ظهر طفح نتيجة الفاكسين يحسن إعطاء لبنات الجير من الداخل بمقدار جرام الى جرامين فى اليوم .

وقد نصح بعضهم باستعمال حقن المنجانيز والانترامين بجاءت بنتائج لا بأس بها وفى حالة عدم موافقة المريض بتحريك المفصل من وقت لآخر يحسن عمل ذلك مرة كل ثلاثة أيام تحت مخدر عمومى ولو تصادف

وجود بعض التصاقات فى الأربطة المفصلية يحسن ازالتها بالقوة ووضع المفصل فى مركزه الطبيعى على جبيرة مدة يوم أو يومين .

الروماتزم المفصلى السيلانى والقدم المفرطح

إن الروماتزم المفصلى السيلانى قد تمتد عدواه الى العضلات والأنسجة والأربطة المجاورة للمفصل فالقدم المفرطح مثل واضح لهذا الامتداد الذى يحدث ألما شديدا فيها وقد تصل الحالة بالمريض الى عدم القدرة على المشى فينصح المريض بعمل تمرينات رياضية خاصة لتقوية العضلات كالوقوف على أنامل أصابع الرجلين مرات كثيرة وركوب (الدراجات).

داخـــل الحـــذاء

يوضع حديد خاص لرفع أخمص القدم ويتجنب ركـــوب الخيل واستعمال القبقاب المزحلق .

وعلى العموم يستحيل رجوع القـــدم الى أصلها تمـــاما ولكن ازالة العوارض ممكنة اذا استعمل المريض مايوصيه به الطبيب بدقة ولمدة طويلة .

التهاب السحاق العظمى السيلانى

قد يمتد الالتهاب من المفصل الى السحاق العظمى للعظام فيحدث التهابا به تظهر له عوارض كالورم والألم عند الضغط ويكون واضحا تماما بكشف الأشعة ، وتشفى باستعمال العلاج البسيط ولا تحتاج الى عمليات جراحية ، ويوجد نوع يحدث التهابا فى عظمة الكعب فيحدث ألما بها وبالعضلات المجاورة ويعرف بالكعب السيلانى .

الفصل الخامس

تشخيص وعلاج السيلان المزمن



تعريف السيلان المزمن

تدخل الحالة الحادة فى دور تحت الحادة ثم فى دور الأزمان بعد مضى نحو من ثمانية أسابيع من تاريخ الاصابة اذا كان الالتهاب مقتصرا على القسم الأمامى للمجرى أما اذا كان ممتدا للقسم الخلفى مع إصابة البروستاتة فتدخل فى الأزمان بعد مضى اثنى عشر أسبوعا من تاريخ الاصابة

فمريض السيلان المزمن يشكو :

(ا) وجود نقطة من الصديد فى الصماخ كل صباح .

(ب) يشكو من السيلان المزمن والمقصود بذلك وجود إفراز متقطع لزج ذى عتامة أو شفاف يفرز من وقت لآخر من المجرى .

(ج) يشعر بوجود بلولة (ترشيح) فى المجرى أثناء النهار .

(د) إفراز لزج ذى عتامة يخرج من المجرى بعد التبرز .

(ه) يشعر بألم متقطع فى العجان .

(و) إدوار مع ألم وقت التبول .

(ز) آلام روماتزمية غير مقيدة لجزء واحد من الجسم لم يتعوّدها من قبل إصابته بالسيلان ودفع المنى فى مسافة وجيزة مع حدوث ألم وقت الدفع — وشبه ارتجاج أو ارتخاء تام فالمريض الذى نحن بصدده يقرر أنه أصيب بالسيلان من مدّة سنة أو أكثر وقد عولج وقتا طويلا بالغسل أو استعمل حقنا صغيرة للغسل أيضا مع عمل الدالك فى بعض الأحيان ولكن من المحتمل أنه لم يفحص بمنظار المجرى الكهربائى كما أنه لم يفحص أيضا إفراز البروستاتة أو الحويصلة بالمجهر وبخضوعه للعلاج السالف الذكر مع امتناعه الشديد عن اتيان الجماع أو أخذ مشروبات روحية تمشى الى حدّ أن الافراز أصبح نقطة واحدة أثناء النهار أو فى الصباح وقد يكون البول رائقا وبه بعض خيوط مختلفة وربما أخبره معالجوه بأنه شفى ولكنه وجد بعد مدّة يسيرة عودة الافراز البسيط ثانيا فذهب لطبيب آخر وتعالج عنده مدّة من الزمن والآن وقد حضر لدينا خاملا ووجهه شاحب وعنده بعض أعراض النيوراثينيا .

طريقة الفحص

وغرضنا الوصول الى معرفة ما اذا كان يوجد حقيقة سبب جوهرى يدعو لكل العوارض التى يشكو منها المريض وتشخيص موقع المرض الحقيقى ؛ فمن الغلط أن نجتهد فى الوصول الى سبب ما يشكو منه المريض فقط ونترك البحث عن التشخيص الحقيقى وإلا كان بحثنا سطحيا ويعتبر هذا عملا ناقصا ولو اجتهدنا فى معرفة سبب ما يشكو منه المريض فقط

وعالجناه دون اجراء الفحص الدقيق لكان هنا خطر حقيقى يصيب المريض فى المستقبل فان لم نجر الفحص الكلى الدقيق لكل أعضاء الجهاز التناسلى فمن المؤكد ترك عضو أو أكثر مريضا لم نعالجه ويكون سببا فى ضرر بليغ للمريض .

الفحص الأولى

(١) يضغط الطبيب ضغطا بسيطا على المجرى من الخلف الى الأمام فيرى إفرازا لزجا يختلف لونه حسب الظروف وفى بعض الأحوال لايجد شيئا إلا فى الصباح أو اذا مضى على المريض مدة سبع أو ثمان ساعات بدون التبول وعلى أى حال يؤخذ الافراز على لوح من الزجاج ويفحص بالمجهر فنرى كثيرا من الكرات الصديدية وبعض الخلايا للغشاء المخاطى وقد نجد الجونوكوك ولكن فى الأحوال المستعصية لا نجده .

(٢) يفحص القضيب بدقة من الظاهر للتحقق من وجود التهاب أو عدمه فى القنيوات حول القناة مع العلم بأنه فى حالة وجود هذا الالتهاب نصرف النظر عنه الى تمام الفحص .

(٣) البول — يلزمنا الفصل فى موضع الاصابة هل هى فى القسم الأمامى فقط أو ممتدة الى القسم الخلفى أيضا وعادة نجد المجرى بقسميه مصابا مع وجود مضاعفات أخرى ولا داعى اذ ذاك لغسل القسم الأمامى للمجرى جيدا بمحلول ثم نفحص البول بعد ذلك وقد نكتفى فى هـذه الحالة بالسماح للمريض بعـدم التبول عدة ساعات ثم التبول فى كأسين فان ذلك

قد يرينا تقريبيا الحالة التى عليها المجرى وكمية الصديد والكدرة والخيوط فى البول بمجرد النظر ترشدنا الى الحالة على وجه التقريب وقد يكون البول رائقا فى كأسين وسواء وجدنا البول رائقا أو عكرا يلزمنا اجراء الفحص لباقى الأعضاء للنهاية ويلزمنا هنا القول بأن البول الرائق فى الكأس الثانى وفى الثالث أيضا لا يدل مطلقا على عدم اصابة القسم الخلفى للمجرى أو البروستاتة أو الحويصلة .

فحص البروستاتة والحويصلة والقناة الناقلة للمنى عن طريق المستقيم

تفحص هذه الأعضاء كما أوضحنا فى الفصل الثالث ثم ندلك البروستاتة والحويصلة ولا بد لنا من التنبيه هنا على أنه فى حالة أى اشتباه بمرض الحويصلة يجب فحص السائل منها على حدة وطريقة ذلك أن نملأ المثانة بماء مقطر معقم ثم ندلك البروستاتة فقط ونسمح للمريض بالتبول وبعد الانتهاء ندلك الحويصلة وحدها ونأخذ الافراز على لوح من الزجاج فان لم نجد به شيئا ترجح أن فتحة القناة الدافعة للمنى مسدودة وقد نحتاج الى زرع السائل أحيانا والأصلح أن نفحص سائل البروستاتة والحويصلة كلا منهما على حدة وقد نجد الجونوكوك أو قليلا من كرات الصديد بكمية بسيطة أو معتدلة أو بكثرة وفى حالتنا هذه نجد التهابا مزمنا فى البروستاتة وأما الحويصلة والقناة الناقلة للمنى فطبيعيتان وعند اقتناعنا بوجود التهاب فى البروستاتة لابد أن نعزز ذلك بفحص السائل .

ويلزمنا أن نعتبر من النظريات البديهية أن لا نغسل المجرى بمحلول مطهر بعد دلك البروستاتة والحويصلة فان فعلنا ذلك فقد نجد بعد مضى أربع وعشرين أوثمان وأربعين ساعة افرازا صديديا غزيرا من المجرى وبه الجونوكوك وهـذا بلا شك ناتج عن عدوى المجرى من عصير البروستاتة والحويصلة ويعمل بذلك دائما اذا كانت رغبتنا الفحص عن الجونوكوك ولكن فى الأحوال الاعتيادية نغسل المجرى قبل الدلك بمحلول مطهر لنمنع نقل العدوى الى المجرى وأن عدم العثور على الجونوكوك فى الافراز لايدل مطلقا على انعدام وجوده فغالبا يكون مختبئا فى الأغشية الغائرة للمجرى .

الفحص بمنظار المجرى الكهربائى

لا يجوز مطلقا فحص المجرى الأمامى بالمنظار الكهربائى قبل فحص افرازات الحويصلة والبروستاتة وذلك لأنه يحصل أحيانا أن المنظار يحدث تسلخا أو جرحا سطحيا فى الغشاء المخاطى المبطن للمجرى فينزف ونجد إذ ذاك عند الفحص خليطا من الدم وعصير الحويصلة والبروستاتة ولا يخفى ما يحدث ذلك من الصعوبة فالغرض من الفحص بالمنظار الكهربائى التحقق من حالة الغدد المختلفة وفتحاتها التى فى المجرى وهـل يوجد ضيق رخو أو صلب أو ضغط أو أورام دموية أو مرونة فى المجرى ويلزم الطبيب معرفة حالة المجارى الطبيعية بدقة ومهارة ليتمكن من معرفة ما هو مريض منها وإلا يكون عرضـة للوقوع فى خطأ كبير ناشئ عن تخيله لأمراض ليس لهـا نصيب من الحقيقة وقد يجـد الطبيب أشياء

ليست طبيعية ويجب عليه صرف النظر عنها و إلا يكثر العلاج حيث لا شيء فتمرض المجرى بمرض كثرة العلاج وذلك مثل انتفاخ بسيط في القنيوات الكبيرة أو انتفاخ كيسى خفيف فى بعض الغدد أو أجسام صغيرة غريبة ذات لون أحمر ملتهبة التهابا خفيفا .

علاج مضاعفات القسم الأمامى للمجرى

سبق لنا الاشارة بعلاج التهاب غدد لتر أو قنيواتها وأما علاج المضايق الرخوة أو الصلبة وعلاج التهاب القنيوات حول الصماخ فسنشرحه فى الفصل السادس .

التهاب البروستاتة المزمن

شرحنا ذلك بالتفصيل فى الفصل الثالث وبعبارة وجيزة يلزمنا دلك البروستاتة وغسل قسمى المجرى حتى يقل الافراز ثم نبدأ بادخال المجسات والتقطير بمحلول نترات الفضة مع استعمال الدلك أيضا .

التهاب البربخ المزمن

يحدث التهاب البربخ بعد مضى ثلاثة أسابيع من تاريخ ظهور المرض وقد يحدث فى أى وقت بعد ذلك كما أنه يوجد بعض أحوال تحصل فى الأسبوع الأول من الاصابة وأما حدوثها فى الأحوال المزمنة فقد يكون نتيجة سوء استعمال الدلك للبروستاتة أو ادخال المجسات بطريقة خشنة أو تقطير محلول كاو مركز أو ركوب الخيل والدراجات أو مجهود

جسمانى شاق أو انفعال غرامى الخ مع العلم أنه ربما يحدث بدون سبب ظاهرى ولكن اذا بحثنا عن السـبب بدقة نصل الى سبب أو أكثر من الأسـباب المتقدمة ويلزمنا الفصـل القاطع فى التشخيص للتحقق من عدم وجود التهاب البربخ الدرنى كأن يكون الالتهاب شاملا للجسم الكبير من البربخ والاحساس بالتـدرن به وبجسم القناة الناقلة للمنى مع حدوث المرض بالتدرج لا دفعة واحدة كل ذلك يساعدنا الى معرفة التشخيص ومن البديهى أن التهاب البربخ الدرنى يقع فى الدائرة الجراحية .

علاج التهـاب البربخ المزمن

إذا كان الالتهاب مزمنا وغير مضاعف بوجود قيلة مائية فلا يمكن والحـالة هذه إزالة الورم البسـيط الموجود بالجزء الصغير بالبربخ أصالة وعلينا أن ننصح المريض ونقنعه بما هو موجود وقد يفيد استعمال قليل من الضغط بواسـطة لف البربخ بالمشمع مع استعمال مرهم مركب من مرهمى البـلادونا والزئبق بأجزاء متساوية وتعاطى مزيج يدور البوتاسيوم من الداخل بنسبة ٠٫٣٠ جراما الى ٠٫٦٠ جراما فى الجرعة الواحدة وقد يعمل بذل القيلة اذا وجدت فان عادت وهو الأرجح فالأحسن عمل عملية جراحية لاستئصالها اذا سببت شيئا من المضايقة .

وأما اذا كان الورم مصحوبا بألم فيمكن استعمال مرهم اليود باحتراس وإعطاء اليدور من الداخل أيضا مع تحديد حركات المريض وغذائه .

التهاب الحويصلة المزمن

يترك الفصل فى تشخيص التهاب الحويصلة المزمن لمهارة ودقة الطبيب مع العلم بأن إهمالها أو عدم معرفة تشخيصها يسبب حدوث الروماتزم المفصلى إذ الالتهاب فى البربخ أو البربخين قد يحدث العقم وغير ذلك من المضاعفات السيئة وذلك غير احتمال نقل العدوى للزوجة الذى يحدث لها التهابا رحميا أو التهابا فى البوقين والمبيضين وهو المصيبة الكبرى من هنا نفهم ضرورة عدم التعجل فى الحكم على صحة الحويصلة بفحصها مرارا متعددة خصوصا أثناء دلك البروستاتة وقد شرحنا العلاج فى الفصل الثالث ونذكر هنا أهمية العلم بما اذا كان الورم مموجا (أى به سائل) أو ناشئا عن تضخم الأنسجة وقد يستمر العلاج عدة أسابيع دون أن يزول الصديد المتجمد المسبب انسدادا فى فتحة القناة .

فحص حالة سيلان مزمن
وعلاقتها بعدوى سيلانية جديدة

قد يحصل فى بعض الأحوال أن يحضر المريض للعيادة كأنه مصاب بسيلان مزمن أو لاستشارة الطبيب فى حالته لعزمه على الزواج فبعد الأسئلة البسيطة يتبين أن المريض قد تعرض لعدوى جديدة من أيام قلائل فلا يصح مطلقا فحص البروستاتة أو إدخال منظار كهربائى فى المجرى فى وقت يعتبر كوقت الحضانة للعدوى الجديدة فينصح للمريض أن يحضر للعيادة مرة أخرى بعد أيام قلائل فتكون الفرصة سانحة للاحتياط

فيما يجب عمله فان لم تظهر عدوى جديدة فمن الممكن اجراء الفحص القــانونى أما اذا حضر المريض بعــد مضى يوم واحد أو أقل من تاريخ تعرضه للعــدوى الجديدة فيحسن استعمال العلاج الاجهاضى السـيلانى فيغسل المجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنســبة $\frac{١}{٢٠٠٠}$ وتدلك أعضاء التناسل بمرهم الزئبق الحلو بنسبة ٣٠ ٪ عدة دقائق .

إن هذه العملية تفيد فقط اذا استعملت أثناء الست الساعات الأولى من وقت التعرض للعــدوى المحتملة أما فيما بعــد ذلك فنتيجتها غير محققة .

الفصل السادس

المنظار المجرى الكهربائى

المنظار المجرى الكهربائى الهوائى ومتى يستعمل

اعتبارات عامة

ضرورة وفائدة فحص مجرى البول بالمنظار الكهربائى .

من البديهى أنه لايمكن مطلقا علاج التهاب قناة مجرى البول السيلانى المزمن بدون استعمال منظار المجرى الكهربائى .

وعلى ذلك نشير على الذين يرغبون التخصص فى هذه الأمراض أن يحسنوا استعمال منظار المجرى الكهربائى بدقة وحذق بحيث لا يرتكبون أغلاطا فاحشة فى التشخيص يكون لها أثر سيئ فيما بعد لأن مستقبل المريض مبنى على دقة استعمال هذا المنظار فهو أفضل بكثير من الفحص المجهرى البكتريولوجى ويلزم الطبيب ألا يعتبر الفحص بالمنظار المجرى الكهربائى مؤلما أو مهيجا للمجرى فباستعمال قليل من النفخ الهوائى يقل أثر التهييج للمجرى كما أن جرح المجرى يصير قليل الحدوث فلو انتخبنا أنبوبة مناسبة من أنابيب المنظار المجرى الكهربائى للحالة التى أمامنا فندخلها فى الصماخ ثم نبتدئ النفخ بالهواء ليصير إدخالها بسهولة جدا وبدون ألم

تقريبا مع أنهـا تحدث تمددا بينا فى سـعة المجرى من الداخل وقد يلزم فى بعض الأحيان وضع عشر نقط من محلول كوكايين بنسـبة ١ ./. بواسطة قطارة اعتيادية فى داخل الصماخ البولى قبل إدخال المنظار المجرى الكهربائى كمخدر موضـعى ولا خوف مطلقا من تسرب الهـواء الى المثانة لأن قوة عضلات القضيب تمنعه بضغطها من الوصول الى المثانة والأوفق ألا نضع أى مخـدر فى الجزء البصيلى من المجرى لئلا ترتخى العضـلات و يتسرب الهواء تحت الضغط الى المثـانة وينصح المريض فى مثل هذه الحالة أن يضع يده على العجان بضغط كاف ليساعد على منع تسرب الهواء .

ان استعمال الضغط الهوائى الشـديد يسبب امتدادا واتساعا فى المجرى مع تغيير طفيف فى لون الغشاء المخاطى ولكنه تغيير غير محسوس مع العلم بأن مسألة لون الغشاء لا تهم بالنسبة لما قد يوجد من المضاعفات وما اليها ، وقد يمكن استعمال المنظار بدون الهواء ولكن استعمال الضغط الهوائى أفضل بكثير لأنه يحوّل المجرى الى أنبوبة متسعة الحجم فالغـدد والقنيوات والأكياس والضيق الخ كل ذلك يكون واضحا بسهولة .

و بصرف النظر عن استعمال منظار المجرى الكهربائى لمعالجة الضيق أو البوليبوس فان رؤية العين لحالة القناة وما تتكوّن عليها من وجود ترشيحات خفيفة أو صلبة تكوّن فكرة عند الطبيب تساعده كثيرا فى استنباط أقرب الطرق العلاجيـة للوصول الى الشفاء بنجاح ، وقـد نعمل تمزيقا لضيق بسيط فى المجرى و بعـد مضى زمن لا يمكننا تكرار عملية التمزيق

مالم نبحث الحالة أولا بالمنظار المجرى ولا يخفى ما فى ادخال المجسات الى المجرى بدون الاسترشاد بالمنظار المجرى من الضرر .

فى الجزء الغشائى للمجرى عند اتصاله بالجزء البصيلى قد يحدث ضيق صلب وممتد بمسافة بعيــدة الى الأمام، وقد لا تدلنا المجسات وحدها على حجم هــذا الضيق نظرا لوجود العضلات الشديدة وما تحدثه من الضغط على المجرى فى هــذا الجزء عند ادخال أى جسم غريب ولكن من السهل علينا جدا معرفة هذا الضيق بواسطة المنظار المجرى الكهربائى الهوائى ، وقــد يزيد صعوبة فى معرفة هــذه المضايق ضيق الصماخ الطبيعى حيث يكون ما يسمح به للمرور من المجسات قد لا يكفينا مطلقا فى الاستدلال على الضيق المتصلب فى الجزء الذى عيناه واذا اتفق وجود ضيق صلب فى المجرى قريب من الصماخ يمنع معرفتنا للمضايق الأخرى التى يحتمل وجودها فى مثل هــذه الأحوال ، وقد يستعمل بعض الجراحين ادخال هذه المجسات فى جميع المجرى ولا يخفى ما فى هــذا من تعرض المريض لخطر غير ضرورى فاستعمال المنظار فى هذه الأحوال قد يرشدنا الى نوع المجس الذى يجب استعماله (المستقيم أو المنحنى — الطويل أو القصير ، لحد محدود) .

ولا ننكر الصــعوبة التى يصادفها الطبيب فى ادخاله المنظار المجرى فى حالة وجود ممر كاذب ولكن بدقة ومهارة حقيقيتين يمكن التغلب على هذه الصعوبة ويحسن فى مثل هذه الأحوال ألا يستعمل ضغط هوائى قــوى .

ومن اللازم استعمال المنظار المجرى الكهربائى عقب شفاء الالتهاب السيلانى الحاد فقد نجد غدة أو أكثر لغدد اتر ملتهبة فتكون سببا فى المستقبل فى إزمان العدوى حتى كان بعض الأطباء قديما ينصح مرضاه بعدم الزواج قبل مضى سنتين من تاريخ الاصابة بالسيلان وهذا دليل كاف على عدم الارتياح للأفكار العلمية الموجودة فى ذاك الوقت .

الفحص المجرى الكهربائى للقسم الخلفى لقناة مجرى البول

إن هذا الفحص له منظار خاص يحدث ضغطا بواسطة السوائل ولا يأتى شرحه فى هذا الفصل ، وقد تستعمل آلات ذات ضوء كهربائى من الخارج على الطريقة الفرنسية مع إمكان عمل أى كى موضعى داخل أنبوبة المنظار وأن طريقة الضغط الهوائى لا تفيد شيئا فى فحص القسم الخلفى .

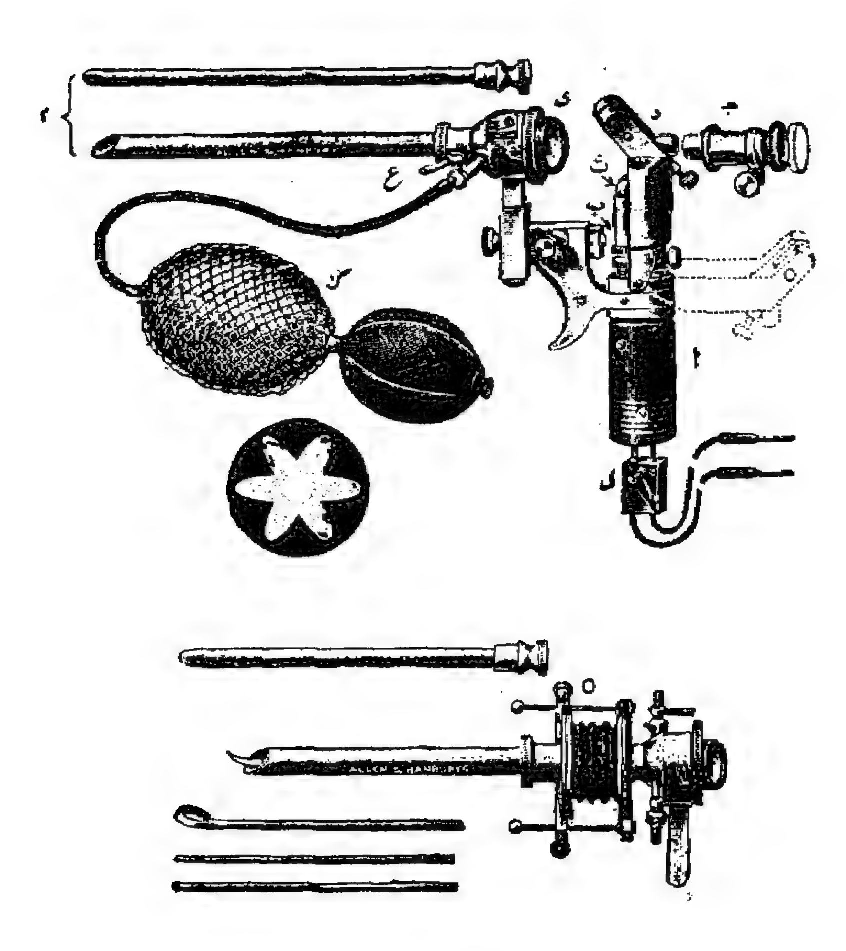
منظار المجرى الكهربائى

وصف المنظار المجرى . ان لنظرية الاضاءة فى المنظار المجرى قاعدتين :

(١) الضوء من الخارج أو المنعكس ، (٢) والضوء من الداخل بواسطة مصباح كهربائى متصل بآخر الأنبوبة .

ولاستعمال المنظار طريقتان :

(١) بواسطة ضغط الهواء ، (٢) بدون هواء .



(شـــكل ٩)

ويحسن دائما استعمال المنظار ذى الضوء المنعكس الخارجى مع استعمال طريقة ضغط الهواء وبذلك نرى قاع المجرى واضحا جليا لمسافة بعيدة بعد انتهاء طرف الأنبوبة وعند تغيير المصباح لا بد من ملاحظة توافق العدسة مع المرآة كما هو مذكور فى شرح استعمالها فى الفهارس (الكتالوجات) .
فالمنظار المجرى مركب من يد مصنوعة من خشب يشبه الأبانوس فى آخرها من جهة نجد المصباح الكهربائى ومن الأخرى المكان المعدّ للاتصال بالكهرباء (ل) والمصباح مغطى بعدسة قوية (ث) سهلة التحرك والمرآة العاكسة بحرف (د) مثبتة لقلنسوة ذات مفصلات (ى) ويمكن إزالتها وقت تغيير المصباح وتحريكها من جهة لأخرى وهى مثبتة على زاوية (٤٥°) وتعكس الضوء بأشعة مستقيمة داخل المجرى بحيث تتكون زاوية قائمة كما أنها مثقوبة فى وسطها ثقبا صغيرا متصلا بتليسكوب (ج) يمكننا من رؤية القناة وفى المبسم شيال صغير (هـ ب) قطعة من الزجاج (ع) ليحفظ الهواء داخل المجرى وتمر منه أشعة الضوء المنعكسة ومثبت بوضع محكم مخصوص ، وكيس لنفخ الهواء (ك) وأنبوبة (م) لادخالها فى المجرى .

طريقة الاستعمال — لايجاد نقطة اجتماع الأشعة حول القلنسوة التى تحمل المرآة الى جنب حول العدسة لجهة الحائط وحركها بخفة من جهة لأخرى حتى تصير الأشعة متوسطة الحجم ولا ينعكس منها عادة سوى بعض الأشعة المركزية لداخل المجرى .

إرجع القلنسوة كما كانت وحرك أنبوبة المنظار الى الحائط أيضا حتى نجد أن الأشعة الوسطية تعطينا هالة من النور المركز المنعكس على الحائط خارجة من فتحة الأنبـوبة ثم ثبت المبسم بقطعة موصلة حافظا للأشـعة تركيزها تثبيتا جيدا واحترس من وقوع الآلة على الأرض فان ذلك يفسد المصباح .

ويلزم ملء الكيس بالهواء أولا ثم السماح له بالدخول فى القنـاة تدريجيا بواسـطة صنبور مركب فى الآلة ولا يسـمح للهواء بالدخول فى القسم الخلفى للمجرى وكرر ملء الكيس كلما أردت إدخال هواء جديد ولا يحسن نفخ الهـواء ودخوله فى المجرى مباشرة قبـل تخزينه فى الخزان ومن اللازم دهن الأنبوبة بزيت خروع أو زيت اللوز فانهما أحسن من الجاسرين وبعـد انتهاء الفحص يسمح للمريض بالتبوّل وغسـل المجرى بقسميه والمثانة بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{١}{٨٠٠٠}$ كما يعمل ذلك أيضا قبل إجراء الفحص .

إن ما شرحناه هنا هو نموذج للمنظار المجرى الكهربائى مع العلم بأنه من وقت لآخر يطرأ عليه بعض التغييرات أو التحسينات لسهولة الاستعمال .

ولأجل استعمال الكى الكهربائى للعلاج ندخل مجسا فى أنبوبة وبه السـلك الايجابى وأما السلبى فيكون مبللا بالمحـلول الملحى ويوضع فوق الأَلية ويتصـل السلكان ببطارية كهربائية أو بتيار عمومى متصل بالريوشتات بقوّة ٣ الى ٥ مللى أمبير لمدّة ٥ الى ٢٠ ثانية فان ذلك كاف

لكى الغــدّة أو القنيوة المقصودة وهــذا العمل أدق وأحسن بكثير من اســتعمال المحلولات الكاوية على شرط أن يكون طــرف المجس المذكور مدبباً وقد يستعمل مجس ذو عنق سميك داخل الأنبوبة ولكنه أطول منها قليلا ومستدير الرأس لتسهيل دخول الأنابيب المذكورة داخل القناة ويسحب منها بعد الادخال .

منظر الجزء الأمامى للمجرى بواسطة المنظار المجرى الكهربائى الهوائى

مناظر المجرى بالمنظار : الحالة الطبيعية للغشاء المخاطى

إن لون الغشاء المخاطى قرنفلى لامع جدا وقليــل الترشيح ولكن اذا خففنا ضغط الهواء عنه قليلا يصير أحمر اللون وبالأشعة المنعكسة يظهر الاحمرار جيــدا خلافا لحالة الفحص من الضغط ويمكن الطبيب تجربة ذلك بنفسه ليعرف الفرق ويحسن قبل إدخال المنظار أن يمتحن القنيوات حول الصماخ تحت تأثير الضــوء المنعكس للتحقق مــن وجود مرض أو شــبه مرض بها فى هــذا الضوء الساطع وأن لون الغشاء المخــاطى المصفر هو نتيجة ضغط الهواء وانتفاخ المجرى وتوزيع الأوعيــة فى نقطة مركزية وترك المسافة التى بين المراكز بعدد قليل من الأوعية كما يرى ذلك فى داخل المنظار ونجــد عادة أن قاع الجزء البصيلى والجــزء الملاصق له من الجهــة الأمامية أكثر اصــفرارا مــن الأجزاء الأخرى للمجرى . أما الغشــاء المخاطى للجزء الامامى فيرتفع قليــلا فى شكل حلقات يتخللها

ألياف عضلية وأما فى الجزء البصيلى فنجد هـذه الحلقات معدومة وتظهر ثانيـة فى الجزء الغشائى للمجرى لوجود ألياف العضـلة العاصرة فلا يظن مطلقا أن هـذه الحلقات هى آثار لمضايق سالفة لأن هذه الأخيرة تترك آثارا بيضاء . وقد يظهر القسم الأمامى للجزء البصيلى محتقنا نتيجة انقباض العضلة العاصرة التى فى الجزء الغشائى كفعل طبيعى لوجود جسم غريب . وقد يشمل هـذا الاحتقان الجزء البصيلى بأجمعـه كما أن فى الأطفال والكهول نجد نتوأ خارجا فى الجزء البصيلى نظرا لارتخاء عضلات المجرى فتظهر أليـاف الأنسجة المرنة فيما وراء الغشاء على شكل عمودى وكثيرا ما يشابه أثر الالتحام ويعتبر طبيعيا أيضا انبساط (مسطح) سقف المجرى فى بعض أجزائه خصوصا حول القنيـوات الكبيرة وعلى العموم اذا حركنا أنبوبة المنظار من أعلى الى أسفل ومن اليمين الى الشمال لا نجـد صعوبة مطلقا فى كشف هذا الجزء من المجرى .

الغدد والقنيوة الكبيرة الطبيعية

القنيوة الكبيرة :

على بعـد نحو الخمسـة والعشرين مليمترا من الحفرة الزورقيـة وفى سـقف المجرى نجـد القنيوة الكبيرة أودهليز جورين وفى بعض الأحيان تكون محتلـة جانبا من القناة وقد تكون معـدومة وهى تشـبه قنيوات مرججنى تمـاما غير أن فتحتها أكبر اتساعا ويبلغ غورها نحو عشرة ملليمترات باتساع نسبى عظيم وعلى فتحتها غشاء رقيق يعرف بالصمامة

ويعتقد بعضهم أنها أثر من الخلقة الأولية فى حالة تكوين الصماخ البولى والحفرة الزورقيـة وقد تمتلئ بالهواء وقت الفحص وبها كثير من غدد لتر لها فتحات فى داخلها :

قنيوات مرجنى ، نجد فى سقف القناة صفا أو صفين غير منتظمين يبلغ طولها نحو سبعة سنتيمترات على امتـداد المجرى غدد مرجنى وهى من ٣ الى ٢٠ فى العـدد وقد نجد واحدة أو اثنتين فى قاع المجرى وهـذه القنيوات هى عبارة عن جيوب صـغيرة داخل الغشـاء المخاطى وتبلغ نحو الثمـانية ملليمترات فى الغور لها حافة تنتفخ أحيانا بالهواء عنـد الفحص وقد يزول جزء منها بعـد استعمال الكى فتنتفخ القنيوة نفسها بالهواء وقت الفحص وتظهر مثل الكيس فى الغشاء المخاطى .

غدد لتر — إن فتحات غدد لتر أكثر بكثير من فتحات قنيوات مرجنى وقد تمتلئ هواء وقت الفحص أيضـا وتشبه إذ ذاك البوليبوس وقد لا يكون التمييز بينها وبين قنيوات مرجانى الصغيرة سهلا وذلك قليل الأهمية عمليا ويوجد نوعان من غدد لتر :

(١) بصيلى وهى عبارة عن حفر صغيرة فى الغشاء المخاطى منقسمة الى فصين أو ثلاثة فصوص قطرها كلها نحو النصف ملليمتر الى ملليمتر واحد ومنتشرة فى كل أجزاء المجرى وتعتبر أثرا لغدد لتر .

(٢) الغدد تحت الغشاء المخاطى — كل غدة لها قنيوة صغيرة ذات فتحة فى الغشـاء المخاطى كما أوضحنا وتكثر هـذه الغدد فى سقف المجرى

وعلى مسافة سبعة سنتيمترات فيها و يرى بعضهم أنها معدومة فى الجزء البصيلى ولكنها آخذة محلا غائرا فى الجزء الاسفنجى و يبلغ طول قناتها من الأربعة الى الخمسة مليمترات وترى فتحات هذه القنيوات ظاهرة عند الفحص بالمنظار المجرى ذات فتحة لامعة ولون أحمر ناصع وربما كانت خشنة الملمس وتفرز عصيرا بسيطا لحفظ المجرى مبتلا دائما وعند الانتصاب يكثر الإفراز خصوصا من الغدد التى فى الجزء الاسفنجى ومن غدتى كوبر وتنحدر الى الصماخ وقد يعتبره خطأ بعض العامة أنه المنى وبعض الذين أصيبوا بالسيلان أنه افراز سيلانى .

غدد كوبر وقنواتها — نجد فتحة قناتى كوبر فى الجزء البصيلى للمجرى وربما نجد فتحة واحدة مشتركة للقناتين وقد يحصل شذوذ فى الحالة الطبيعية حيث توجد القناة ممتدة على شكل كيس ذى فتحة واحدة لها صمامة فى أول الجزء البصيلى من الأمام عوضا عن أن تكون فى آخره أو قد تكون الفتحة المشتركة فى أحد الجانبين قريبة جدا من الجزء الغشائى للمجرى وتنتفخ وقت الفحص بالهواء وعلى العموم لا تظهر هذه الفتحات إلا لطبيب حاذق ماهر والذى يهمنا منها أنها أحيانا تكون سببا فى وجود خراجات ظاهرة من مضاعفات السيلان وقد نجد فى مكانها كيسا صغيرا ربما يزداد فى الحجم داخل المجرى وقد يحتاج الى فتحة جراحية مما سنشرحه بعد .

الحفرة الزورقية والصماخ

إن الحفرة الزورقية مبطنة بغشاء مخاطى أملس ولا يسهل مهاجمتها بالعدوى وهذا مما يفسر لنا طول مدة وقت الحضانة وقد نجد أحيانا فتحة

لقنيوة صغيرة من غدد لتر فى قاعها واثنين آخرين جهة السقف فيما بين القنيوة الكبيرة والصماخ وقد يلزمنا أحيانا توسيع الصماخ لإدخال المدّدات المختلفة ويعمل الشق عادة من الجهة العليا ومن الجهة السفلى أيضا ويحسن خياطة الغشاء المخاطى للفتحة الجديدة بغرزه أو اثنين .

(٣) الغشاء المخاطى فى حالة المرض .

أمراض القنيوات والغدد والدهاليز والخراجات والقنيوات حول المجرى

التغييرات فى الغشاء المخاطى :

يفقد الغشاء المخاطى لمعانه وقد نجده أحمر اللون متورّما وعليه إفراز لزج مخلوط من المخاط والصديد .

قنيوات مرجنى المريضة . نجدها متورمة وفتحاتها ملتهبة ولزجة وربما رأينا نقطة إفراز من الصديد وقد يمتد الالتهاب الى ما جاورها من غدد لتر وبمجرد الضغط البسيط بواسطة أنبوبة المنظار نجد نقطا صديدية وقد تزيد كمية الصديد على حسب درجة الالتهاب الموجود .

غدد لتر نجد غالبا أن الغشاء المخاطى ملتهب فى نقط متباعدة مختلفة وفى وسطها غدد لتر المنتفخة الملتهبة بارزة عن السطح وفتحاتها ممتلئة وخارج منها إفراز مخاطى صديدى .

الالتهاب المجرى البصيلى أو الالتهاب الجاف

نجد الغشاء المخاطى فى هذا النوع ملتهبا التهابا بسيطا و به درنات صغيرة فى حجم رأس الدبوس مرتفعة عن سطح الغشاء قليلا وذات لون أحمر ناصع ومنتشرة فى كل طول الجزء الكهفى حتى الجزء البصيلى وذلك أن الرشح تحت الغشاء الناتج حالة حدوث الالتهاب فيه يحدث ضغطا بسيطا على القنيوات فتنسد فتحاتها و يتكون إفرازها المحجوز داخل القنيوة الى كيس صغير تحت الغشاء مباشرة ولذا يعبر عنه بالالتهاب المجرى الجاف و يكثر حصول هذا النوع فى الالتهاب المجرى غير السيلانى الناشئ عن عدوى الاستافيلوكوكس الأبيض ، وقد وجدت حالة ناشئة عن باسيلوس الدفتريا . ومن الغريب أن دور الحضانة فى هذه الأحوال يكون طويلا جدا فيمتد الى ثلاثة أسابيع ، وفى بعض الأحوال نجد أن أول العوارض هو كثرة التبول المصحوب بقليل من الألم .

غدد لتر والتهاب المجرى المزمن — تلتهب هذه الغدد وتحدث رشحا فى الأنسجة التى حولها فتستمر فى الإفراز الملوث بالجونوكوك حتى تنتهى عملية الالتهاب باعدام الغدة وتحويلها الى ألياف نسجية .

الرشح الصلب . وقد تجمد هذه الألياف فنجد رشحا صلبا فى أجزاء منفصلة فى الغشاء المخاطى وقد تسبب ضيقا عظيما فى تجويف المجرى ، وكل هذه المضاعفات أكثر وقوعا فى الالتهابات المجرية الجافة السابق شرحها .



(١) خراج بسيط فى غدة لتر .

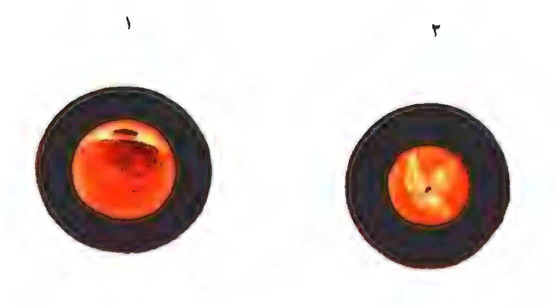
(٢) غمس الخراج بعد الكى بالكهربا .

(٣) دمل بسيط يرشح صديدا .

(٤) التهاب غددى شديد فى المجرى .

(٥) ترشيح رخوى .

(لوحـــة نمرة ٢٠)



إصلاح خطأ (لوحة نمرة ٢٠)

(١) قز غريب . صـــوابه : (١) جســم غريب .



(١) قزغريب .

(٢) بوليبوس فى المجرى .

(٣) كيس فى غدة كوبر .

غدد لتر الغائرة — قد تصاب غدد لتر الغائرة التي في القسم الاسفنجي بالعـدوى ويمكننا الشعور بوجودها كعقد متعددة اذا جسسنا المجرى من الظاهر حيث لا يمكن عادة معاينتها بواسـطة المنظار المجرى من الداخل وقد تتحوّل الى ألياف صلبة فتحدث بعض الضيق في المجرى ، وقد تكوّن خرّاجا صغيرا قبل تحوّلها الى الألياف الصلبة .

الخرّاج فيما وراء المجرى وغدد لتر — قد تلتهب إحدى هـذه الغدد وتكوّن خرّاجا فيما وراء القناة يسيل إفرازه في المجرى وقد يكون قريبا من الجزء البصيلي وقد تكون سببا لضيق مؤقت بالنسبة لبروزها في المجرى وقد يمكن فتحها من الداخل ولكن لا يحسن ذلك لئـلا يترك الخرّاج دهليزا غائرا (ناسورا) محدثا إفرازا صديديا يصعب معالجته ، ويجب فتح هـذه الخرّاجات من الخارج ونظافتها جيدا لأنها عرضـة لتكوين دهاليز صـديدية كثيرة ، ويستعمل بعضهم بذل هـذه الخرّاجات وحقنها بصبغة اليود المخفف بنسبة ١/١٠ في المـاء ولا يخفى ما في ذلك من ألم فضـلا عن الاحتياج لتكرار هذه العملية .

الدهاليز المجرية — تمتاز فتحة الدهليز عن فتحة القنيوة بأن لها فتحة مستديرة وليس لها صمامة وقد يخرج منها نقطة من الصديد بضغط خفيف عليها بواسطة الأنبوبة (المـاسورة) وتكثر هذه الفتحات الملتهبة في الحفرة الزورقية أو فيما جاورها من القناة وقد يكون لها دهليز ذو فتحة من الظاهر قريبة من الصماخ ، وفي أحوال نادرة قد ترى دهاليز كثيرة حول الحشفة (رأس القضيب) مع أنه يمكن أن يكون بعضها على اتصال تام بداخل المجرى .

القنيوات حول المجرى — قد تظهر القنيوات حول المجرى كدهاليز ملتهبة خصوصا فى حالة ظهور نقص طبيعى فى خلقة القضيب ، ولكن هذه القنيوات لا تتصل عادة بالمجرى وعادة تكون فتحة الصماخ هى الفتحة السفلى ولو أن طول بعضها قد يبلغ أحيانا سبعة أو ثمانية سنتيمترات تظهر أهميتها فى إخفاء الجوكونوك وقد يتسبب باغفالنا أهمية هـذه القنيوات نكس المرض للمجرى الحقيقى بعد الاقتراب من الشفاء .

علاجها — قد يكتفى بغسلها بمحلول نترات الفضة ١ ٪ بواسطة إدخال إبرة ذات سن غير حاد لحقنـة زجاج اعتيادية أو استـعمال الكى بالكهرباء داخل القنيوة ، ولكن فى حالة تعـددها تمس ويفتح أكبرها وتغسل الجميع يوميا .

علاج قنيوات الغـدد والدهاليز القصـيرة — يحسن علاجها بالكى الكهربائى وغسل الجزء الأمامى للمجرى مع دلكه باليد اليسرى أثناء الغسل وتنفجر غالبـا جميع الأكياس البصيلية بواسطة هذه العملية ، ويمكن كى الباقى منها بالكهرباء .

الالتهاب البصيلى المجرى غير السيلانى وعلاجه — قد تمتد مدة العلاج لنحو السنة أو السنتين وقد يحسن بعد استعمال غسل المجرى لمدة شهرين أن تمس كل الغشاء المخاطى بمحلول نترات الفضة بنسبة ٣ ٪ الى ٥ ٪ بمساعدة أنبوبة المنظار المجرى الكهربائى ، فلو حصلنا على نتيجة نطمئن اليها يمكننا تكرار هذا المس بعد مدة ثم نبدأ بالتوسيع مرة كل أسبوعين ،

ولا تفيد هنا حقن الفاكسين أو الحقن بالمحاليل المطهرة بواسطة الحقن الصغيرة ، ولا يفوتنا أن ننبه بأن كثرة استعمال المس بنترات الفضة تضر أكثر مما تنفع ولا يلزم عملها إلا بواسطة المنظار المجرى الكهربائى ولا تعمل إلا فى حالة ما تكون فتيحات القنيوات متسعة (أو فاغرة فاها) حتى يمكن للمحلول أن يغمرها جميعها .

التقـــرحات

تقرحات الغشاء المخاطى للمجرى فيما وراء الحفرة الزورقية وغير الناشئة عن مواد كيماوية ملتهبة أو إصابة عرضية نادرة جدا فقد تحدث نتيجة قرحة رخوة أو صلبة فى الصماخ أو فيما وراءه وقد توجد تقرحات حبيبية داخل المجرى ومرتفعة عن السطح كمضاعفات لسيلان مزمن قديم والحقيقة أنه ربما تكون قرح زهرية داخل المجرى وتوجد تقرحات ناشئة عن وجود بللورات برمنجانات البوتاسيوم مثلا غير الذائبة والموجودة فى المحلول الذى استعمل خطأ نعدم مرور الوقت الكافى لذوبانها وتحدث ألما شديدا أو محلول عصير الليمون أو النبيذ الذى يستعمله الجمهور كعلاج إجهاضى للسيلان وهذا الأخير يحدث ورما مع ألم شديد وربما يصحب ذلك نزيف أما التقرحات الدرنية أو السرطانية فى المجرى فهى نادرة وقد تحصل تقرحات أيضا نتيجة تبول حصوة وربما يعقبها ضيق خصوصا اذا كانت الحصاة كبيرة .

الصنط داخل المجرى

كثيرا ما يوجد الصنط بحجمه الصغير داخل المجرى وخارجها ولكن يغلب وجوده فى الحفرة الزورقية وقد يصير كبيرا فى الحجم مثل البابيوس وكل مايشكو منه المريض هو استمرار وجود إفراز لزج بعد شفاء السيلان ويحسن استئصال الصنط ان أمكن ذلك باستعمال الكى الكهربائى له وقد يكفى هذا الأخير وحده وأما فى حالة وجوده فى الخفرة الزورقية بكثرة فيمكن عمل عملية الكحت بعد وضع مخدر موضعى ثم الكى بمحلول نترات الفضة ٦ ٪ وفى أحوال نادرة يحسن استعمال الكى بثانى أوكسيد الكربون .

وقد لا يسبب هذا الصنط أى عوارض ظاهرية مطلقا ويكون إذ ذاك فى الجزء البصلى للمجرى ويدهش الطبيب لرؤيته بمنظار المجرى الكهربائى ويحسن استئصاله والكى بعد الاستئصال .

إلتهاب المجرى الصدفى

قد يوجد فى بعض الأحوال الغشاء المخاطى ملتهبا فى نقط متباعدة ذات شكل أبيض ومحاطة بهالة حمراء علامة على الالتهاب ويكون غالبا ناشئا عن استعمال حقن بكثرة خصوصا من محاول حمض الكربونيك وبالفحص المجهرى لا نجد أى ميكروب ويحسن منع استعمال الحقن وذلك كاف للحصول على الشفاء ، ولكن فى الأحوال المزمنة قد تتكون القشور بعضها فوق بعض ويحصل بها تصلب وتسبب ضيقا فى المجرى .

تداوى هذه الأحوال باستعمال الموسعات الاعتيادية مع التقطير أحيانا بمحلول نترات الفضة بنسبة ٢ ٪

الترشيحات الرخوة — مبدأ المضايق الرخوة

الباتولوجيا — بطبيعة الحال يبدأ الغشاء المخاطى وما جاوره من الأنسجة بالدفاع عن نفسه ضد مهاجمة الميكروبات له فتحتقن الأوعية وتتمدد الأوردة ويحصل رشح نتيجة هذا الاحتقان ثم إفرازات صديدية فلو كان الالتهاب خفيف الوطأة قصير المدة يرتد هذا الاحتقان لأصله وكل شيء يرجع مرجعه الطبيعي وأما اذا كانت الاصابة شديدة أو استمرت زمنا طويلا فان الأنسجة التي تحت الغشاء المخاطى تتحول الى ألياف صلبة وتسبب انكماشا فى المجرى وينتج عن ذلك ضيق .

إن الرشح الخفيف لا يمكن مطلقا معاينته ومعرفته بالمنظار المجرى الكهربائى ولكن اذا استمر الالتهاب مدة ثلاثة أشهر مثلا نجد أنه حصر فى نقط ذات مساحة صغيرة أو كبيرة بعيدة عن بعضها (تختلف المساحة من سنتيمتر واحد طولا الى عشرة سنتيمترات أو تجزئة هذه المسافة الى أقسام يتخللها غشاء مخاطى سليم) وقد يقع هذا الرشح فى جهة واحدة من القناة بحيث يكون ما يقابله من المجرى سليما أو متأثرا تأثرا خفيفا أوتكون الاصابة حلقية فى المجرى فينتج ما يسمى بالضيق ويكون الغشاء المخاطى حول الجزء الملتهب أو فوقه ذا لون أحمر مسود مبتل بالافراز أو درنى الشكل وربما يدمى بسهولة عند ملامسته لأنبوبة المنظار ولو وجدت

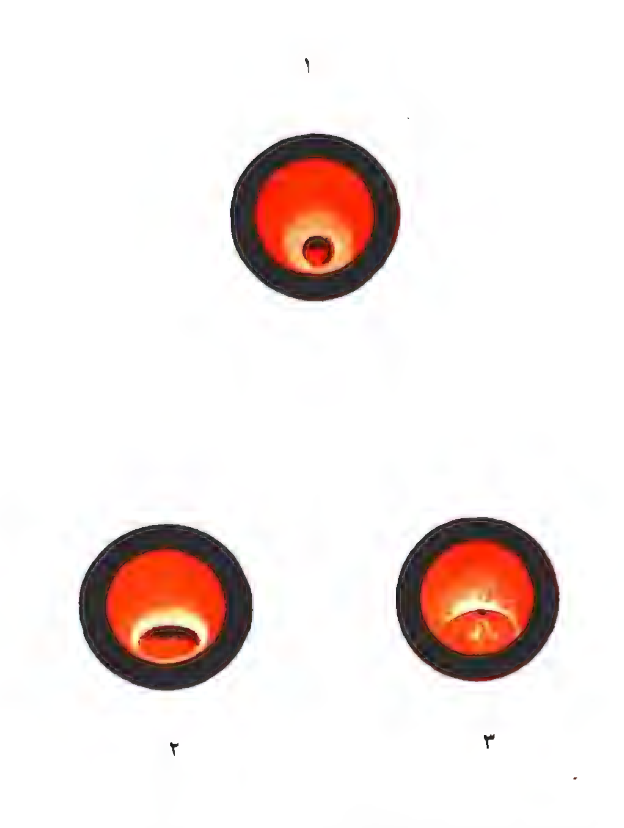
غدة اثر أو قنيواتهـا تكون متورمة وترشح إفرازا وكان فيما مضى يستعمل الكى لعلاج مثل هذه الحالة أما الآن فيكتفى بالتوسيع .

مواضع الرشح الرخوة — أهم موضع يختاره الرشح الرخوى هو فيما يلى القنيوة الكبيرة ممتـدا للداخل نحو الثمانية سنتيمترات وفى سقف المجرى وقد يقع فى القاعدة أيضـا ويندر جدا أن نفحص مجرى سبق إصابتـه يوما ما بالسيلان ونجد فى حالته الطبيعية الخالصة بل غالبا نجـد ألياقا بيضاء ممتدة حول المجرى بأشـكال مختلفة (دائرية ومستطيلة) خصوصا حول القنيوات وفتحاتها وقد ينتج عن ذلك ضيق خفيف فيحسن والحالة هذه أن ندخل الموسعات للقسم الأمامى للمجرى أو للقسمين .

وقد لاحظ بعضهم حدوث هـذا الرشح الرخوى فى الجـزء البصيلى للمجرى حتى بعد ١٤ يوما من تاريخ عدوى شديدة الوطأة استعمل لعلاجها محلول نترات الفضة المركز قليلا بمعرفة المصابين أنفسهم نعم إن ذلك نادر الحصول غير أنه اذا حصل فيكون من أشد أنواع الضيق مقاومة للعلاج .

قيمة المجسات والموسعات — قد يصحب الرشح فى بعض الأحوال إفراز سيلانى غزير كما أنه قد يكون الافراز نادرا حتى يعد فى حكم العدم والمرض على وشـك الزوال مع أن الرشح الرخوى يكون آخذا فى التكون فى بعض أجزاء المجرى ويحتاج لمنعه بالعـلاج ولا يفوتنـا مطلقا إدخال ما يلزم من المجسات فى مثل هذه الأحوال وقد أشار بعضهم بادخالها حتى فى حالة وجود إفراز غزير اذا كان مضى عليه نحو الأربعة أشهر تحت

(لوحـــة نمرة ٢١)



(١) ضيق في الجزء البصلي .
(٢) ذات الضيق بعد توسيع قليل .
(٣) ذات الضيق بعد التوسيع .

العــلاج ولم يظهر له أى نتيجة ، ولكنى أشــير بالحذر من إدخال هــذه المجسات فى مثل هذه الأحوال ولو أنهم يؤكدون بأن نتائج باهرة شوهدت فيها كأضعاف الافراز ومنع تكوّن الرشح الرخوى الخ ، ولكنى لا أشير بذلك مطلقا حتى ولا باستعمال المنظار المجرى الكهربائى بدقة وحذر فى هــذه الأحــوال .

ولكننا لا نتردّد فى استحسان استعمال هــذه المجسات والموســعات فى حالة وجود رشح مع إفراز صــديدى ومجرى اتساعها آخذ فى الانكماش مع المحافظة دائما على القاعدة الذهبية بألا ندخل أى آلة فى المجرى فى حالة وجود التهاب حاد فى الجزء الخلفى أو التهاب بروســتاتى حاد أو التهاب فى الحويصــلة أو البربخ ما لم يكن البول رائقا أما فى أحــوال حصر الالتهــاب فى الجزء الأمامى للمجرى فنترك ذلك لخبرة الطبيب على العموم ونكون أقل حرصا من أحوال التهــاب الجزء الخلفى البروستاتى ونكرر هنا أيضا أن اســتعمال المجسات والموسعات فى ابتــداء تحويل الرشح الرخوى الى الرشح الصلب تكون نتائجها ساحرة .

نحن نعلم جيدا أن استعمال الغسل بمحلولات قوية لمدة طويلة مع إدخال آلات مختلفة فى المجرى قد تولد أحيانا التهــابا فى الغشاء المخاطى يعقبــه ضــيق فى المجرى فيحسن بنا دائمــا ألا نركز المحلولات المستعملة للغسل إلا بمقــدار ماهو واجب وندخل من وقت لآخر المجس لاستكشاف حالة المجــرى و إلا جنينا على المرضى بمساعدة وجود هــذه المضايق بدلا من أن نمنعها ونعالجها فقد شاهــد بعضهم ضيقا فى المجرى بعــد استعمال

الغسل لمدة طويلة بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ١/٢٠٠٠ وفى حالة أخرى ينتج ضيق نتيجة استعمال التقطير بمحلول نترات الفضة مع إعطاء المريض حقنا منها يستعملها بنفسه بنسبة مخففة جدا وفى حالة ثالثة كان نتيجة استعمال محلول الآرجيرول بنسبة ٥ ٪ وغيره .

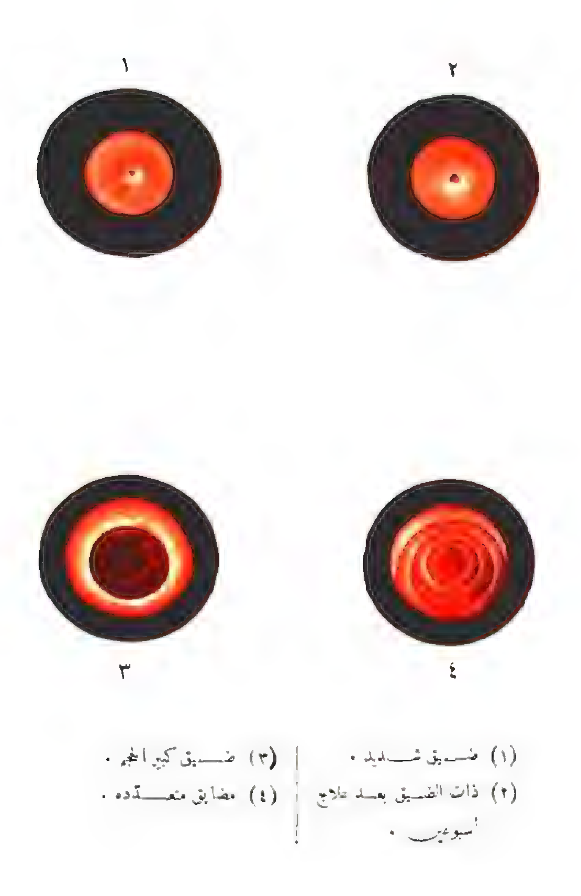
العلاقة ما بين الرشح والعـــدوى

ما هى نتيجة الرشح وتأثيره على العـدوى — إن الرشح هو دفاع كبير طبيعى لمقاومة مهاجمة الميكروبات للأنسجة أو التهيج من استعمال محلولات كيماوية بنسبة متزايدة وقد يسد الرشح القنيوات وفتحات الغدد والبصيلات داخل المجرى حاجزا الميكروبات بها فتزيد هـذه الأخيرة التهاب الأنسجة الموضعية وتظل كامنـة وتكون النتيجة أخيرا أن يتحول المجرى الى ألياف نسيجية مع أثر الالتحام منكمش ضـيق فى المجرى حتى فى بعض الأحوال الشديدة جدا سيزول المجرى تقريبا لولا تداخل طبيب الجراحة . فى الأحوال المتقدمة التى من هـذا القبيل نبدأ بادخال المجسات تدريجيا والموسعات بدون إهمـال ما عدا استعمال الغسل بنسبة شـديدة وإلا زدنا الطينة بلة ولكن على العموم تكون نتائجها حسنة مالم تضاعف بتقيحات فى القنيوات والغدد وهذا يطيل مدة العلاج .

كيف يشفى المرضى باستعمال الموسعات

إن إدخال المجسات والموسعات يحدث تهيجا فى النقط التى بها الرشح فيغرى ذلك الدورة الدموية بالتحرك موضعيا فى الأجزاء التى كانت بهـا

(لوحة نمرة ٢٢)



(١) ضيق شديد .

(٢) ذات الضيق بعد علاج أسبوعين .

(٣) ضيق كبير الحجم .

(٤) مضايق متعددة .

فى حكم المنعدمة تقريبا كما أن دخولها يسبب زوال الستائر الصديدية المسببة انسداد فتحات الغدد والقنيوات فيتسع المجال لخروج الافراز ومع استعمال الغسل بالمحاليل المطهرة يمكننا إزالة ماهو كامن من الإفرازات داخل هذه الغدد .

أما التقسيم بين رشح رخو ورشح صلب فهو تقسيم اختيارى محض وعلى الأرجح دائما نجد من النوعين فى مجرى واحد ويمكن الطبيب المتمرن معرفة هذا من ذاك بواسطة الجس بالمجسات .

الرشح الصلب أو الرشح الليفى

الباتولوجيا — إن الرشح الرخو يتحول الى رشح صلب بانكماش الغشاء المخاطى وخنق الأوعية الدموية وإعدامها فيصبح الغشاء مصفر اللون كما أن الأنسجة المرنة التى به تصبح فى حيز العدم ويضيق اتساع المجرى ونشاهد ذلك باستعمال المنظار المجرى الكهربائى اذ نجد الضيق على شكل حلقات مستديرة أو هلالية ممتدة فى نقط مختلفة على سطح الغشاء المخاطى ويكون شكلها كقطع من القطن مبعثرة تحت الغشاء وتظهر بوضوح جلى عند استعمال المنظار المجرى الكهربائى الهوائى ، وعلى العموم الرشح الرخو يشفى دون أن يترك أى أثر ذى قيمة فى الغشاء اذا عولج فى الوقت المناسب .

تقسيم الضيق

اذا تكاثفت الألياف الحلقية حول جزء من المجرى بشكل دائرى متسع سمى هذا بالضيق الواسع ويسمح عادة بدخول مجسات نمرة ١٨ الى

نمرة ٢٠ أما اذا تكاثفت ألياف الدوائر بشكل ضيق سمى هذا بالضيق الضيق ؛ ومهما طال أمدها (من ثلاث الى أربع سنوات) فمن الممكن بالصبر والأناة التغلب عليها وتوسيعها بالعلاج .

وقد اتجهت وجهة الأطباء الى تقسيم الضيق الى أقسام مختلفة ولكن كل هذه الأنواع لا تخرج عما ذكرنا وهى فى العرف مضايق تسمح بمرور مجس نمرة (٢٠) ومضايق لا تسمح إلا بأقل من ذلك بكثير وعلى العموم يلزمنا التنبيه بأن أغلب الألياف المكونة لهذه المضايق قابلة للامتصاص تحت ضغط التوسيع ولو مرت على وجودها السنون .

وقد توجد صعوبة خصوصا للمبتدئ فى تمييز المضايق التى تحصل حول الجزء البصيلى عند اتصاله بالجزء الغشائى نظرا لوجود ألياف العضلة العاصرة التى بانقباضها تجعلنا نشعر كأننا فى مكان ضيق ولكن بمساعدة المنظار المجرى الكهربائى يمكننا تمييز الألياف العضلية باحمرار لونها وذلك مخالف للدوائر المكونة من ألياف نسبية فانها بيضاء وفى قاع المجرى أكثر مما فى سقفه .

لا يوجد ضيق عادة فى الجزء الغشائى للمجرى ولكن قد تلتهب غدة أو أكثر من غدد لترى هذا الجزء تكون نتيجة قنيواتها فى الجزء الاسفنجى من المجرى ويعرف ذلك غالبا بواسطة المنظار المجرى الكهربائى أما المجسات فقد يتعسر إدخالها .

تشنج العضلة العاصرة للمجرى

قد يحـدث أحيانا أن نتوهم وجود ضيق فى القسم البصيلى للمجرى ونأخذ فى معالجتـه ولا تكون الحالة سوى تشنج شديد للعضـلة العاصرة ولكن اذا فحصنا المجرى بدقة بواسـطة المنظار المجرى الكهربائى أمكننا معرفة ذلك بسهولة ووفرنا على المريض ألم العلاج .

وأحيانا تتكون بعض بلورات من الفسفات بعضها فوق بعض داخل المجرى على سطح الغشـاء المخاطى للمرضى الذين أصيبوا بكثرة الفسفات فى البول لمدة طويلة وينتج من ذلك خصوصا فى المرضى الذين سـبق إصابتهم بمرض السيلان وجود ضيق كاذب يسهل معرفته باستعمال المنظار المجرى الكهربائى وفى مثل هـذه الأحوال يحسـن إعطاء المريض من البـاطن ما يأتى :

حمض الفسفور المخفف	٥	نقط
حمض نتروا أدروكلوريك المخفف	٥	«
صبغة جوزة الطيب	٥	«
روح الكلوروفورم	١٠	«
نقيع الجنتيانا المركب	٣٠	جراما

ثلاث جرعات فى اليوم .

قد تتسـع فتحة غدة كوبر من الخلف فيدخل المجس فيها عوضا عن أن يستمر فى المجرى فيتوهم إذ ذاك وجود ضيق وخصوصا اذا استدرجنا

المجس الى الخارج قليلا ثم نرجعه فنصادف انقباضا شديدا عند العضلة العاصرة نظرا الى التلف الذى أحدثه المجس فنزيد اعتقادنا بوجود الضيق وقد رأى بعضهم تمزقا فى غدة كوبر نتيجة اجتهاد الطبيب فى إدخال المجس فى الضيق الموهوم .

توجد فتحة غدة كوبر فى قاع المجرى وقريبة من اتصال الجزء البصيلى بالجزء الغشائى تخوفا من وقوعنا فى الخطأ يلزمنا الحرص على أن يكون المجس متجها لأعلى فى هذه النقطة .

الفصل السابع

الرشح والمضايق

شرح طبيعتها — علاجها — الآلات التي تستعمل فى ذلك

إن كلمة ضيق يستعملها الأطباء و يطلقونها على معان كثيرة يجب علينا تفسير ما يعنى منها فى هذا الكتاب — فلفظة ضيق معناها : الانكماش ومن هنا أطلقت على كل ما يحدث باتولوجيا وتكون نتيجته تقليل سعة أى قناة فى الجسم ، ولكن قد اختير هذا اللفظ للدلالة على ما يحدث فى قناة مجرى البول ، كما يقصد به التعبير هنا عن أن المجرى أو جزءا منه صار غير قابل للتمدد والاتساع وصار فاقدا للمرونة .

وقد يفقد المجرى قوة تمدده تحت شروط خاصة مؤقتا . اتساع فراغ المجرى والتمدد مفقودان فى حالة تشنج العضلات أو فى حالة التهاب حاد ينتهى بالتصرف ، وقد يعبر بعض الأطباء عن مثل هذه الأحوال بالضيق التشنجى والمحتقن فالضيق حينئذ هو أن يكون جزء من المجرى غير قابل للتمدد والاتساع باستمرار أى أن هذا الجزء من المجرى فقد فعلا هذه الخاصة الطبيعية وعلى ذلك فقد نجد ما يأتى من الأنواع :

(١) ضيق خلق .

(٢) ضيق نتيجة حادثة خارجية كرفصة حصان أو تمزق من أى سبب خارجى أو داخلى كادخال المجسات والموسعات بطريقة غير فنية أو حقن مواد ملتهبة كالنبيذ وحمض الليمون أو محلولات أخرى مركزة أو قروح زهرية .

(٣) ضيق معدى وسببه تقريبا السيلان .

ومن دواعى الأسف أن يجد الطبيب المبتدئ كثيرا من الغموض فى استعمال هذه الكلمة فى الأحوال المعدية وسأبذل جهدى فى التعبير عما يجب أن يفهم من ضيق المجرى .

فى ابتداء المرض نجد كثيرا من الأورام فى داخل المجرى نتيجة التغييرات الباتولوجية التى يحدثها الالتهاب فيها ويطلق عليها الرشح الرخوى أو الضيق الرخوى ويلزمنا معرفة أن الرشح الرخوى هو الدرجة الأولى وأما الضيق الرخوى فلا يحصل إلا متأخرا جدا . فلا يمكن حينئذ استعمال الاصطلاحين للتعبير عن معنى واحد فالضيق الرخوى منشؤه الرشح الرخوى ، وفى الضيق الرخوى تحوّل الأنسجة الى ألياف قوية وينشأ بعد ذلك الضيق الليفى أو الضيق الصلب .

ويمكننا أن نفهم والحالة هذه أن الضيق المعدى أو السيلانى له أربع درجات :

(١) الرشح الرخوى ، (٢) الضيق الرخوى ، (٣) الضيق الليفى ، (٤) الضيق الصلب الليفى .

النتائج المحزنة

ثم إنه أحيانا لا يكون الضيق ذا بال وكثيرا ما يكون سببا فى إعاقة أو منع البول من الخروج فينشأ عن ذلك تمدد فى المجرى خلف الضيق مضاعف فى بعض الأحوال برشح بولى فى الأنسجة حوله وتمدد فى المثانة والحالبين والكليتين فيكون عندنا جملة من المضاعفات كالتهاب مثانى والتهاب حالبى والتهاب فى حوض الكلية ، وقد تنتج أيضا فتقا أوربيا فى جانب أو فتقا مزدوجا ، وأن وجود المرض بهذه المضاعفات قد ينسى المريض إصابته الأولى بالسيلان .

مواضع الضيق السيلانى

من حسن الحظ أن الضيق السيلانى أكثر وقوعا فى الجزء البصيلى ويلى ذلك الجزء الاسفنجى على مسافة السبعة أو الثمانية سنتيمترات من الصماخ ، وقد يحدث أحيانا فى الجزء الغشائى للمجرى ونرى غالبا أن تكاثف الأنسجة الليفية حول الغشاء المخاطى المبطن للمجرى متناسب مع وفرة الأنسجة التى تحت الغشاء المخاطى نفسه وهذا متوفر جدا فى الجزء البصيلى ، وينـدر جدا حصول أى ضيق ليفى فى الجزء البروستاتى وهذا لا يمنع تكاثف الأنسجة الليفية حول البروستاتة المصابة بالالتهاب السيلانى المزمن ، وقد يصاب المريض بعوارض الالتهاب الليفى الدهنى للبروستاتة مع أن حالته تكون ضيقا ليفيا برقبة المثانة وما جاورها من الجزء البروستاتى .

متى يحصل الضيق السيلانى

قبل اختراع المنظار المجرى الكهربائى كانت الأطباء تعتبر حصول الضيق حينما تظهر له عوارض فقط كاعاقة التبول أو انحباس البول ، ولكننا الآن يمكننا معرفة الضيق قبل ذلك وغالبا لا يحصل ضيق ليفى صلب قبل مضى نحو ستة أشهر من تاريخ الاصابة .

باتولوجيا الضيق

يراجع الطبيب ما شرحناه فى الفصل السادس ومن اللازم أيضا أن يتزن نفسه على شكل المضايق داخل المجرى . ويلزمنا هنا التنبيه بأننا فى الحالة الطبيعية نجد حائطى الجزء الأمامى للمجرى ملتصقين تماما فى حالة عدم الاستعمال ولذا نرى ثنيات كثيرة للغشاء المخاطى قد تكون عرضة للالتهاب بالمخلفات الباتولوجية الناشئة عنه وتكون عوارض الضيق أكثر وضوحا مما اذا حصل الضيق فى الجزء الغشائى حيث لا توجد هذه التثنيات .

تشخيص المضايق الرخوة

اذا لم تتماثل حالة الالتهاب المجرى فى القسم الأمامى للمجرى للشفاء فى بحر الأربعة الأسابيع الأولى يتوقع حصول مضاعفات ، وفى حالة إصابة الجزء الخلفى يتوقع حصولها بعد ستة أسابيع — فيمكننا حينئذ استعمال المنظار المجرى الكهربائى بحذر مع تخفيف استعمال الضغط بالهواء ولقد نشعر بأن المجرى لايتمدد كما يجب وتكون إذ ذاك فى حالة ابتداء

الترشيح الرخوى وأما اذا وجدنا ورما ذا لون أحمر داميا فوق سطح الغشاء المخاطى فهذا بلا شك ابتداء الضيق الرخوى .

علاج الرشح والضيق الرخوى

يحسن بالطبيب مراجعة الفصل الثانى فقد شرحنا به الآلات اللازمة لاجراء التوسيع مع كيفية استعمالها .

ثم انه من الضرورى جدا تشخيص هذه المضايق فى ابتداء حدوثها لسهولة علاجها من جهة وتوقى حدوث ماشرحناه من نتائجها المحزنة من جهة أخرى .

(١) اذا حصل الضيق فى الجزء الاسفنجى يلزم غسل المجرى بمحلول أوكسى سيانور الزئبق بنسبة $\frac{١}{٥٠٠٠}$ ثم يدخل الطبيب مجسا قصيرا أو مستقيما ويدلك المجرى حوله لمدة دقيقة أو أكثر ؛ ثم يسترد المجس ويغسل المجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{١}{٢٠٠٠}$ وتكرر هذه العملية مرة كل خمسة أيام ويسمح للمريض بعمل غسل مرتين فى اليوم من المحلول ذاته إما بواسطة حاقنة الحائط أو الحاقنة الصغيرة الاعتيادية وبعد ثلاث مرات أو أربع من الممكن ادخال موسع كولمان المستقيم المصحوب بالغسل كما سنوضح طريقة استعماله بعد .

(٢) أما اذا كان الضيق فى الجزء البصيلى فتستعمل المجسات المنحنية وغسل المجرى بجزأيه بمحلول أوكسى سيانور الزئبق بنسبة $\frac{١}{٥٠٠٠}$ قبل إدخاله وحينما نتمكن من إدخال المجس نمرة ٢٣ على المقياس الفرنسى

أو نمرة ١٤ على المقياس الانكليزى يصير من الممكن استعمال موسع كولمان المنحنى ونتحه تدريجيا لغاية درجة ٤٥ مرة كل خمسة أوسبعة أيام ، ولا يفوتنا دائما عند ما نشعر بشفاء الحالة أن نعزز ذلك باستعمال المنظار المجرى الكهربائى .

تقسيم المضايق الصلبة أو الليفية

يشعر المريض بكثرة عدد مرات التبوّل بالنهار ، كما يشعر بأن قوّة تيار اندفاع البول ليست كالمعتاد وربما يحتاج لمجهود أكثر لخروجه وقد يشعر المريض بألم بعد انتهاء التبوّل بدلا من شعوره بالراحة ، ومع أن كل هذه العوارض قد تحصل فى أحوال وجود حصاة بالمثانة أو تضخم فى البروستاتة ، فهى على الأقل ترشدنا لما يلزم عمله وهو التأكد من وجود ضيق من عدمه بواسطة ادخال المنظار المجرى الكهربائى ، ومع الاعتراف بوجود تقسيمات كثيرة للمضايق فانى أكتفى بذكر التقسيم الأكثر شيوعا .

(١) الضيق الحاجزى أو المعطل ، وهو عبارة عن رشح خفيف فى جزء من الدائرة المجرية ممتد من الأمام الى الخلف بارزا قليلا فى داخل التجويف المجرى ، وقد يشمل جزأ من الدائرة المجرية و يعرف بالشكل السرجى اذ يشبه شكله سرج الفرس على شكل هلالى أو تشتمل الدائرة بأجمعها و يعرف بالحلق وقد يظهر بشكل غشاء مخاطى أبيض لا يقاوم إدخال المجسات أو الموسعات أو بشكل غشاء مخاطى صلب يقاوم بشدّة إدخال أى نوع من الآلات .

(٢) الضيق النفق — وهو ضيق شامل لجميع الدائرة المجرية ممتدا نحوا من الخمسة سنتيمترات طولا ومحاطا بأنسجة ليفية صلبة وقد تكون فتحته متناسبة نوعا مّا مع اتساع فتحة المجرى الطبيعى و تكون ضيقة لا تسمح بادخال السنبلة ، أو بين بين وفى الأحوال القديمة العهد قد تتصلب الألياف فتصبح كالغضروف ومن الممكن جسها من الظاهر ولا نجد أى فائدة فى مثل هذه الحالة من استعمال الموسعات وانما نشير على المريض بعمل العملية الجراحية .

علاج المضايق الصلبة أو الليفية

الضيق فى الجزء البصيلى — ليتصور القارئ أن نتيجة الفحص بالمنظار المجرى الكهربائى أدت الى وجود ضيق حلقى مرن ذى فتحة ضئيلة .

أول خطوة يؤمر المريض بالتبوّل و يغسل المجرى بتسميه بمحلول أوكسى سيانور الزئبق بنسبة $\frac{1}{5000}$ تاركا المثانة ممتلئة من المحلول ثم تدخل قسطرة صمغية ملوّثة بالزيت نمرة ٣ مثلا (القياس الفرنسى) أو أى نمرة يمكن مرورها بالضيق فاذا لم يمكن ادخالها فننتخب واحدة أقل سمكا منها فاذا تم مرورها نبقيها مدّة دقيقتين ثم نباشر إدخال قسطرتين أو ثلاث من التى تليها فى النمر وابقاء كل واحدة من دقيقتين الى خمس ثم السماح للمريض بتبوّل ما كان مخزونا من السائل ثم يؤمر بالراحة التامة لمدّة مّا و يعطى أقراص اليوروتروبين بمقدار نصف جرام

فى القرص الواحد ثلاثة دفعـات فى اليوم ولا بأس من إخبار المريض بأنه ربمـا يجد إفرازا أو ألمـا وقت التبوّل أو دما يصحب البول عقب هـذه العملية فلا يعيره التفاتا ، ولكن اذا كان النزيف كبيرا فلا يسمح للمريض بترك العيادة قبل إيقافه واذا كان غزيرا فيدخل المستشفى .

الخطـــوة الثانيـــة :

اذا أمكننا بالتـدرّج إدخال قسطرة صمغية نمـرة ١٨ فنبدأ بعـدئذ بالمجسـات الحـديدية بنمرة ١٨ (القياس الفرنسى) أو نمرة ٧ (القياس الانجليزى) بنفس الطريقة التى شرحناها فى الخطوة الأولى .

الخطـــوة الثالثـــة :

اذا أمكننا ادخال المجس الحـديدى نمرة ٢٤ بالقياس الفـرنسى أو نمرة ١٥ بالقياس الانجليزى فنبدأ بعدئذ بادخال موسع كولمن المنحنى .



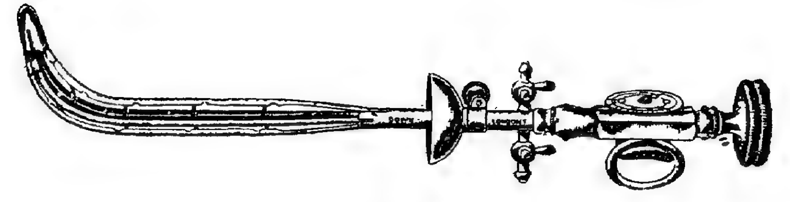
(شكل ١٠) مجس من الحديد متوسط الانحنا.



(شكل ١١) مجس من الحديد قليل الانحناء

طريقة استعمال موسع كولمن

يدخل موسع كولمن المعقم المقفل داخل المجرى لغاية الجزء البصيلي حافظا زاوية ٤٥ درجة مع المريض المستلقى على ظهره ثم يبدأ بتحريك اللولب بخفة ومهارة حتى تتباعد سلوك الموسع عن بعضها تدريجيا حتى اذا ما وجدنا بعض المقاومة مثلا عند درجة ٢٥ نوقف التحريك لأن الغرض هو الحصول على أكثر ما يمكن من التوسيع دون إحداث أى نزيف أو ضرر فاذا حدث نزيف نقفل الموسع ثم نسحبه للخارج وتغسل المجرى أما اذا شعر المريض بألم فيرجع اللولب للخلف لكى تتقارب سلوك الموسع قليلا .



(شكل ١٢) موسع كولمن المنحنى

وهناك نقطتان ضروريتان :

(أ) شعور المريض بالألم .

(ب) دقة إحساس الطبيب فى العمل . ويحسن دائما أن يعول الطبيب على إحساسه لا على إحساس المريض لدرجة ما لأن شعور المرضى وعصبيتهم يختلف بعضها عن بعض كثيرا هذا مع استعمال

أقل ما يمكن من الضغط بواسطة حركة اللولب ، وكثرة التمرن عادة توجد عند الطبيب وفى نفسه الثقة التامة والشعور الكافى ليدرك أكثر ما يمكن من درجة التوسع دون إحداث أى ضرر ويمكننا تحديد الجزء البصيلى لغاية ٤٥ ملليمترا ونزيد ذلك مرة كل أسبوع بمقدار ثلاثة الى خمسة ملليمترات وأخيرا نفحص المريض بالمنظار المجرى الكهربائى قبل إقرار شفائه وعلى العموم يمكننا أن نقول : إن استعمال موسعات كولمن فى أيدى الأطباء المهرة توجب الرضا وأنها بلا شك اذا حصل إهمال فى استعمالها توجب نتائج محزنة .

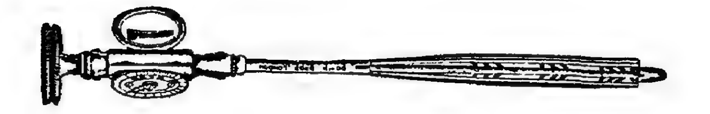
علاج الضيق الليفى (الصلب) فى الجزء الاسفنجى لقناة مجرى البول .

جميع الخطوات التى ذكرت فى علاج ضيق الجزء البصيلى هى بعينها التى تستعمل لضيق الجزء الاسفنجى مع تعديلات كثيرة .

الخطوة الأولى — القساطر الصمغية .

الخطوة الثانية — المجسات الحديدية .

تستعمل المجسات الحديدية المستقيمة عوضا عن المنحنية وكذا أنابيب المنظار المجرى الكهربائى تكون مستقيمة .



(شكل ١٣) موسع كولمن المستقيم

الخطوة الثالثة — موسعات كولمن — تستعمل الموسعات المستقيمة وتدخل حتى الجزء البصيلى .

ان استعمال المخدر الموضعى قبل إدخال موسعات كولمن أو المجسات الحديدية أمر متروك لفطنة الطبيب ونفسية المريض ولكن على العموم لا ننصح الأطباء بالالتجاء اليها كقاعدة عامّة .

إدخال المجسات

لا توجد قاعدة لإدخال المجسات سوى أن الطبيب المبتدئ يجب عليه أن يعمل ما يباشره بنفسه من عمل طبيب حاذق ويحسن له أن يستعملها مرات تحت مباشرة الطبيب الحاذق وغنى عن البيان أن يكون الطبيب المبتدئ ملما كل الإلمام بالصفة التشريحية للمجرى والبروستاتة والمثانة .

ملحوظات يجب مراعاتها عند إدخال القساطر الصمغية أو المجسات الحديدية فى الحالات الصعبة :

(١) يحسن استعمال الغسل بمحلول ساخن لدرجة يتحملها المريض بسهولة فان ذلك يقلل من حدوث تشنجات للعضلة العاصرة .

(٢) يحقن أحيانا بمقدار سبعة سنتيمترات مكعبة من محلول النوفوكاين بنسبة ٢ ./ْ فان ذلك يقاوم تشنج العضلة .

(٣) يدهن المجس بزيت الخروع أو بسائل البارولين قبل إدخاله .

(٤) يحسن ثني القسطرة الصمغية ودفعها بقوة بسيطة عند إدخالها ثم تحرك حركة مستديرة مع الدفع الى الداخل .

(٥) يوجه دائما طرف القسطرة أو المجس الى سقف المجرى .

تحذيرات واقتراحات للمبتدئ

نذكر هنا بعض النقط التي يجب الالتفات اليها .

(١) نذكر دائما أن إدخال أي آلة للمريض لأول مرة داخل المجرى أمر خطير فليس علينا مسئولية حالة الجهاز البولي فقط بل ربما كانت علينا مسئولية حياة المريض أيضا .

(٢) لاتدخل قسطرة أو مجس قبل غسل المجرى بمحلول أوكسي سيانور الزئبق بنسبة $\frac{1}{5000}$ لتطهير المجرى بالطريقة المزدوجة وهي إدخال السائل واخراجه ، وأن ذلك يقلل بلا شك نسبة تعرض المريض لمضاعفات هو في غنى عنها مثل التهاب المثانة .

(٣) لا تحقن بالكوكايين في المجرى فقد يحدث وفاة .

(٤) يلزم المريض بالضيق المجرى أن يعود طبيبه مرة كل ستة أشهر أو كل تسعة حتى اذا لزم الحال لإعادة التوسيع يمكننا عمله في الوقت المناسب ، ثم يكرر الزيارة لطبيبه بعد سنة لزيادة التأكد من شفائه .

الآلات المستعملة للتوسيع

الآلات المستعملة للتوسيع ثلاثة أنواع :

(١) القساطر الصمغية المرنة ،

(٢) المجسات الحديدية ،

(٣) موسعات كولمن .

(أ) القساطر الصمغية المرنة مصنوعة عادة من الحرير المغطى بطبقة صمغية وشكلها مدبب من الطرف المثقوب من جانبه وتزداد سمكا تدريجيا لجهة الطرف الآخر وهى مقسمة حسب سمكها من ١ الى ٢٤ بالقياس الفرنسى ولا يلزمنا هنا أكثر من نمرة ١٦ وتستعمل فى الخطوة الأولى عند ابتداء توسيع المضيق ، وتحتاج الى اعتناء شديد لحفظها معقمة فبعد الاستعمال يحسن غسلها بالماء العادى ثم وضعها فى ماء مغلى مدة دقيقة ثم تحفظ فى اسطوانات زجاجية مغطاة وبها محلول مخفف من الفورمالين خاصة لغرض المذكور ، وقد اخترعت جهازات كثيرة بأشكال مختلفة للغرض المذكور . منها جهاز مركب من أربع أو خمس صوانى مقسمة كل منها الى أقسام صغيرة تسع واحدة فقط وعليها نمرتها حيث يسهل أخذها بسرعة ويوضع فى قاع الجهاز أقراص من الفورمالين ثم يوضع الجهاز فوق مصباح صغير من الكؤول فيتبخر الفورمالين وتتعقم

القساطر بخاره ، ويمكن اســتعمال هذه القساطر بعد مضى ست ساعات الى أربع وعشرين ساعة .

المجسات الحديدية — أنواع كثيرة ومقسمة بالقياس الفرنسى أقساما مختلفة وانما الذى نحتاج اليه منها هو مابين ١٦ الى ٣٨ ويحسن أن يشترى مجس بنيك لأنه أقرب المجسات موافقة لتشريح المجرى وهو يعقم بالمـاء المغلى كالمعتاد .

القساطر والمجسات — أنواعها وقياسها

القساطر والمجسات أنواع كثيرة ويرجح أن الأنواع التى يعتادها الطبيب هى نفس الأنواع التى يرتاح اليها وغالبا تكون هى التى تستعمل فى المستشفى الذى نشأ فى أحضانه .

أهم أنواع المجسات هى : (١) بنيك، (٢) لستر، (٣) بكستون .

(أ) بنيك — يمتاز هذا النوع بانحنائه المتوافق تماما مع انحناء المجرى وبسمكه المتــدرج مع نمره وبذا يسهل إدخاله وهو منمر من نمرة ١٤ الى نمرة ٣٠ بالقياس الفرنسى .



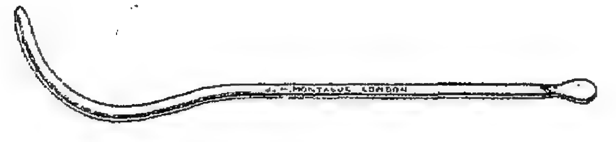
(شكل ١٤) موسع بنيك

(ب) لستر — يمتاز هذا النوع بعدم توافق سمكى طرفيه التدريجى وهو مميز بالقياس الانكليزى ولذا كان له فائدة فى الاستعمال .



(شكل ١٥) موسع لستر

بكستون — (شكل ١٦) مقياسه انكليزى وسمكه متدرج فى كل طوله غير أن انحناءه يختلف قليلا عن سابقيه .



(شكل ١٦) موسع بكستون

المقياس والقياس — هناك اختلاف بين من جهة الأنواع والقياس وكثيرا ما نرى النوع الواحد مصنوعا على حسب القياسين الفرنسى والانكليزى ، ولكن أغلبها من القياس الأول وكل نمرة أصغر من التى تليها بـ $\frac{1}{3}$ ملليمتر . أما القياس الانكليزى فمعروف بقياس ديز وهو قياس اصطلاحى يرجع الى زمن بعيد ، ولكن يجب على الطبيب معرفة هذه الأقيسة لانتخاب ما يلزمه منها كما أنه يجب أن يعرف ما يتعادل من كل قياس مع الآخر ولا توجد قاعدة بين القياسين ولكن الجدول الآتى يسهل معرفة القياسين :

الفـــرنسى :

٥ ٦ ٨ ٩ ١٠ ١٢ ١٤ ١٥ ١٧ ١٨ ٢٠ ٢١ ٢٣ ٢٥ ٢٦ ٢٧ ٢٨ ٣٠

الانكلـــيزى :

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢ ١٣ ١٤ ١٥ ١٦ ١٧ ١٨

(ج) موسعات كولمن شكلى ١٢ و ١٣ أنواع كثيرة — منها الموسع المستقيم والموسع المنحنى .

يشتمل الموسع على ساق حديدى أحد أطرافه كشكل البصيلة الصغيرة ومكوّن من أربعة أسلاك يعبر عنها بالأسلحة وبالطرف الآخر عجلة عند ما تحرك تتباعد الأسلحة بعضها عن بعض بما يعادل نمرة ٢٢ الى نمرة ٤٥ من القياس الفرنسى، وموضوع بداخل الساق بطريقة خاصـة أنبوبة لها صنبوران بعيدان عن الساق بحيث يمكننا ادخال السائل الدافئ للغسل من صنبور واخراجه من الآخر وقت اجراء التوسيع والأولى متصلة بحاقنة الحائط وبها السائل متصلة بعضها ببعض بواسطة أنبوبة من المطاط والثانية متصلة بأنبوبة الى دلو ليحمل السائل بعد الغسل، وبذلك يتمدد الغشاء المخاطى ويتمدد المجرى نفسه الى أكبر واتساع ممكن وتطرد جميع متخلفات المجرى (من خيوط أو إفراز أو غيره) مع الغسل .

الموسع المستقيم مع جهاز للغسـل يستعمل لتوسيع القسم الأمامى للمجرى (شكل ١٣) .

الموسع المنحنى أو المقوس مع جهاز الغسـل يستعمل لتوسع الضيق فى الجزء البصيلى أو فيما يليه من أجزاء المجرى (شكل ١٢) .

حفظ موسعات كولمن

تغلى موسعات كولمن بعد الاستعمال وأساحتها متباعدة الى حدها الأقصى ثم تنشف جيدا بفوطة معقمة ويستحسن وضع قليل من البارواين عند العجلة لسهولة التحريك ، ويحسن أيضا غليها قبل الاستعمال مدة دقيقة أو اثنتين للتأكد ، ويشير بعضهم بتركها بعد تعقيمها فى محلول مخفف من الليزول يتجدد كل يوم مرة .

الفصل الثامن
مقياس الشفاء

مما تقدم يعلم أن علاج السيلان يحتاج الى حذق ومهارة من جهة الطبيب ومواظبة ومثابرة عظيمتين من جهة المريض ، وكلاهما ينتظر بفروغ صبر نتيجة عملهما ، وهو اختفاء جميع العوارض ظاهرية وغيرها والحصول على الشفاء والتحقق من ذلك عمليا ولا يغيب عنا أن حياة المريض وسعادته وحظه هي فى كفة الميزان وأن الطبيب هو الذى بيده هذه السعادة وهذا الحظ المستقبل ومن هنا تفهم مسئولية الأطباء وهل المريض يمكنه العودة الى حياته الاعتيادية ومباشرة الجماع ؟ ويترتب على هذه الكلمة مستقبل آلاف من السيدات والرجال وحظهم الاجتماعى فاذا أهملنا فحص المريض وأخبرناه بالشفاء فلا بد أن تتسرب العدوى منه الى زوجته وغيرها من النساء غير المتزوجات نعم قد يحدث مثل ذلك فى مرض الزهرى ولكن لا أبالغ اذا قلت إن على حصول شفاء مرض السيلان تتوقف زيادة النسل ونمو وتقدم الأمم .

فالعلاج الناقص أو صرف المريض قبل التأكد تماما من شفائه ربما استوجب ذلك هلاك المريض وهلاك أناس آخرين ، ولا يتصور العقل الربح الذى يعود على الأمة فى صحتها من فائدة الفحص الواقى للتأكد من

شـفاء كل مريض بالسيلان فضـلا عن أنه يوفر على المريض النفقات اللازمة مستقبلا لاتمـام شفائه وأيضا نفقات علاج الذين خانهـم الحظ ونقلت اليهم العدوى منه ، ولو عملنا إحصاء عدد الساعات والأيام التى يقطعها كل فرد عن عمله لمباشرة العـلاج لوجدنا أنها تقوم بأود كثير من المحتاجين وغيرهم وهذا بلا شك ربح للأمة .

ضرورة اتخاذ أقوى مقياس للشفاء

قد يخبر بعضهـم المريض بأنه شـفى بمجرد زوال الافراز ولا يخفى ما فى هذا من السخافة وقد يتشدد الآخر باستعمال أقصى الوسائل الفنية لمعرفة شفاء المريض لضرورة الزواج ، ويستعمل بعضهم وسائل بين الحالتين : الاهمال والتدقيق .

فلو استعملت كل الوسائل الشديدة مع كل مريض بالسيلان لمعرفة شفائه من عدمه لوفرنا على أنفسنا المصائب التى تتبـع عادة سخافة الاخبار المتسرع بالشفاء . ولأجل تقدير هذه المسألة حق قدرها بقصد حمل الأمة على الاجتهاد فى التشدد للحصول على ميزان أوفى لدرجة الشفاء نذكر المسألة الآتيـة وهى إحدى المسائل اليومية بين أيدينا ونعد إنموذجا صحيحا لحالة المرضى البؤساء .

رجل مريض بالسيلان عولج وقرر طبيبه له الشفاء تحت الأحوال الاعتيادية وبعـد مدة تختلف من شهر الى عدة سـنين تزوج الرجل مع العلم بأنه فى كل هـذه المدة لم يعرض نفسه مطلقا للعدوى ، ولكن بعد

الزواج بمدة وجيزة وجد نفســه أنه لا يزال مريضا بالمرض القديم ومن هذا تولد المصائب وذلك أنه يعلم حق العلم بأنه شفى تماما مما كان أصابه وهو على يقين أيضا من أنه لم يأت عمــلا يوجب عدوى جديدة فليس أمامه والحالة هــذه سوى فكرة واحدة وهى أن العدوى جاءته من الزوجة التى يتهمها بأنها كيت كيت ... ...

وأما الزوجة فهى على يقين من حصــانة نفسها فكيف يكون مركز الاثنين معا ؟ ! ويتبع ذلك بطبيعة الحال الفراق وما فيــه من الاتهــام والاغراء والنفقات وعدم توافق العيشة الزوجية بل وخراب البيت فياهل ترى ماتفسير ذلك؟ إنه بلاشك مؤلم ومحزن ان مقياس الشفاء الأولى كان قياسا سطحيا وبطبيعة الحال كان غير واف فكل ما عمل هو البحث عن الجونوكوك الذى اختبأ فى الحويصلة المنوية غالبا وظهر من مخبئه لمناسبة التهيج والاجهاد الشديد الذى يحصل عادة فى شهر العسل فجاء هدية من الزوج لزوجته ويالها من هدية فظيعة وهى متهمة فى الوقت نفسه بأنها هى التى قدمتها لزوجها فلو فرضنا أن الطبيب كان قد أتعب نفسه قليــلا وفحص افرازات الحويصلة لمــا حصلت هــذه المصيبة . ولا بأس من الاشارة الى المضاعفات التى قد تنجم عند السيدة من الالتهاب الصديدى فى البوق — من العقم — والروماتزم السيلانى الدورى — وحالة الضعف والفكر وتأثر الأعصاب بنتيجة هــذه الأمراض ولا يخفى أن نصف أمراض النساء ناشئ عن السيلان فلا بد لنا والحالة هــذه من استخدام أحسن الوسائل الممكنة لتقرير حالة الشفاء باطمئنان لتفادى كل هذه الرزايا .

يلزم فحص مرضى السيلان فحصا مستفيضا ليعلم الشفاء منه .

ومما لا شك فيه أن بعض الأطباء الإخصائيين يفحصون مرضاهم فحصا وافيا قبل الاخبار لهم بالشفاء، ولا شك أيضا أنه يوجد بين الأطباء من لا يتعب نفسه فى إجراء الفحص المعقول ولهذا نرى أنه من ألزم اللزوميات أن يفحص المريض المتزوج أو الأعزب الذى يريد الزواج فحصا دقيقا فيفحص المجرى والبروستاتة والحويصلات قبل السماح له بمباشرة الاختلاط الجماعى ؛ وقد يعامل الأعزب الذى لا يريد الزواج معاملة استثنائيـة (معاملة المجاملة) بعـدم فحصه الفحص الوافى ولمـاذا ؟ ! ولمـاذا أيضا يشدّد فى الفحص على الرجل المتزوج ؟ نعم إنه من أجل زوجتـه نعم إنه خوفا عليها من أن تصاب بالتهاب البـوق الصديدى ولكن أليس من العجب ألا نقدر حصول الأمر نفسه لنساء كثيرات نتيجة نقل العـدوى اليهن من هـذا الشخص الأعزب الذى تهاونا فى الاخبار له بالشفاء سواء كانت هذه النساء أبكارا أم كن متزوجات أو غير متزوجات ، وأنت ترى أن هذا هو أكثر خطورة فى نظر المجتمع الانسانى من نقل العدوى الى الزوجة فقط فالفحص الوافى واجب للتزوج لصيانة زوجته وللأعزب لصيانة المجتمع ؛ وأرى أنه يجب إجراء الفحص الوافى القانونى . ولا يلتفت لكون الشخص متزوجا أو أعزب ولا لكون الإصابة كانت شديدة أو خفيفة و إلا نترك بذورا لنقل العدوى لكل من كان وحيثما اتفق — ولنذكر دائمـا بأن التشدّد فى الحصول على الشفاء الوافى يقلل فى نسـبة المصابين و بعبارة أخرى يزيد فى عدد السكان والعمار

ويزيد السعادة لتلك النساء المحرومات من الحصول على نسل سعيد لهم ولوطنهم قد يحتاج اليهم الوطن يوما ما .

ونرجو القارئ مراجعة الفصل الخامس الذى به الشرح الوافى للتحقق من الشفاء، وطبعا إجراء الفحص بالمنظار المجرى الكهربائى لمعرفة :

(١) الضيق الليفى أو الرخوى أو الرشح . (٢) البصيلات المعدية . (٣) الصنط داخل المجرى . (٤) أى شىء غير طبيعى من جهة الوراثة .

ويلزم فحص المجرى من الظاهر باليد أثناء وجود المنظار المجرى فى داخلها للتحقق من عدم وجود أى رشح صلب موضعى بها، وفحص القنيوات التى حول الصماخ وعلى الأخص فى الأحوال التى يكون فيها تشويه وراثى فى خلقة المجرى، ولا بد من فحص العجان جيدا .

وربما يعترض علينا بعضهم بطول مسألة الفحص واستغراقها لزمن كبير فى العيادة السرية الاعتيادية فلا نكذب اذا قلنا : ان هذه العيادة ماخلقت إلا لذلك فلاعذر يمكن قبوله لاهمال إجراء هذا الفحص الدقيق .

المرضى الذين عرضوا أنفسهم للفحص قبيل الزواج بوقت قصير

قد يحضر الينا بعض المرضى للتحقق من شفائهم قبيل ليلة الزفاف بأيام قلائل ولاشك أننا تحت مسؤولية مزدوجة عظمى وهى المحافظة على

مستقبل الزوجة وصيانتها من العـدوى وعدم وضع الزوج فى مركز حرج ربما يؤدّى به الى المصائب . فيلزم الايضاح للمريض بأنه يجب أن يخضع لاجراءات الفحص اللازمة ويتبع الأوامر التى تقضى بهـا نتيجة هـذا الفحص ولا يقبل منـه العذر بأن الوقت غير كاف ولا يسـمح له بذلك وفى هـذه الحالة يجب على الطبيب التنحى عن إجراء مايطلب منـه فقد يحصل أحيانا أن يشتبه المريض فى حالة الحويصلة هـل هى ملتهبة وبها سائل معد لا يمكن استخراجه للفحص أو أن بها أنسجة ليفية نتيجة تغيير التهاب قديم لا ينتج عنـه أى ضرر فمع قصر الزمن المسموح منـه لا يمكننا عمل مسؤوليـة البت فى النتيجة وفى مثل هـذه الحالة يطلب الطبيب عمـل استشارة للاشتراك فى تحمـل المسؤولية أو التنحى الكلى من إبداء أى رأى يوجب مسؤولية فالشفقة على الزوج من تخرج مركزه ربمـا أدت لحياة أبدية تعسة لهذا الزوج نفسه .

القسم الثالث

السيلان عند النساء

مقدمة

السيلان (معروف عند النساء العاهرات باسم الميه) كان يعتبر فيما مضى كنتيجة برد بسيط والآن أصبح معروفا بأنه مرض أعظم انتشارا مما يظن وعلى جانب عظيم من الأهمية التى لاتقتصر على المصاب به فقط بل تتعداه الى الوطن بأجمعه . السيلان من أهم أسباب فقد النظر (العمى) والعقم وهو سبب فى أغلب العمليات التى تلزم حكيم أمراض النساء فضلا عن أنه من ضمن الأسباب المهمة فى اعتلال صحة المرأة ولا ينكر أحد من الذين يباشرون العيادات السرية شدة وطأة هذا المرض وصعوبة شفائه فى النساء على العموم وعند الأطفال على الأخص وكثيرا ما يعلق الأطباء آمالا كبيرة على بعض الأدوية المستحدثة التى أذاعها ورفعها أصحابها بالاعلانات الى السماء حتى اذا مضى عليها الوقت ماتت من نفسها لأنه لايمضى وقت كبير على استعمالها حتى تقابل بالنكسة أو بعدم الحصول على الشفاء ومن

هنا يتضح صعوبة السير المنتظم فى العيادات السرية لمعالجة هذه الأمراض فهل يا ترى هذه الأحوال التى انتكست هى نكسة حقيقية أو عدوى من جديد؟ ليس لهذا السؤال من جواب ولنترك هذه الصعوبات جانبا مؤقتا ونتكلم على المرض نفسه .

السيلان عبارة عن التهاب الأغشية المخاطية وهو مسبب عن الجونوكوك الذى استكشفه العلامة نيسر سنة ١٨٧٩ ، ومن السهل جدا البحث عنه ورؤيته بالمجهر بوسطة تلوين الافراز بمحلول المتيلين الأزرق أو بطريقة جرام فهو فى شكل حبة البن المزدوجة ولا يقبل تلوين جرام ويوجد مجتمعا فى الخلايا الصديدية على شكل أكوام .

دور الحضانة عادة ثلاثة أيام وقد يمتد الى ثلاثة أسابيع ولكن يشذ ظهوره بعد هذه المدة، وقد تكون مهاجمة المرض للمريض بسيطة جدا حتى أنه ربما لا تفكر فيها المريضة وفى الأحوال الأخرى تكون وطأة المرض شديدة تجبر المريضة على الحضور للعيادة وهو مرض سهل الشفاء ظاهريا ولكن حقيقة شفائه لا تتحقق إلا بعد عناء طويل وبطبيعة الحال كلما تأخر المريض عن الحضور للعيادة كلما كان صعبا فى شفائه وفى مثل هذه الأحوال قد يطرأ على فكرنا بعض الأسئلة مثلا هل الزواج مباح؟ هل الحياة الزوجية ترجع لأصلها بعد هذا المرض مع العلم بأن النكسة ربما تحصل بعد مضى أشهر من تاريخ إعلان الشفاء ؟

ومن البديهى أن يكون مقياس الشفاء لهذه الأحوال على غاية من الدقة والحذر لئلا يكون سببا فى مصيبة تحل لأناس أبرياء احترموا آراءنا

فيجب والحالة هذه أن يكون هنالك مقياس عام للشفاء وتتبعه كل الأطباء وإلا كانت الرزايا الناشئة عن ذلك أكثر من حسنات العلاج .

وفى الوقت الذى قد يعتبر بعض الأطباء فيه أن فى فحص الافراز بالمجهر مرة واحدة ضماناً كافياً للشفاء ومن المسلم به نظرياً أنه إن لم تتخذ إجراءات خاصة قبل أخذ مثال من الافراز فى أحوال السيلان المزمن توجد صعوبات كثيرة فى إيجاد الجونوكوك حتى بعد اتخاذ ما يلزم من هذه الاجراءات ولم نجد الجونوكوك مع وجود بعض إفراز صديدى موضعى ويلزمنا الحيطة فى إعلان القرار .

وإذا فحصت الأمثلة المأخوذة بعد الاجراءات الخاصة وخصوصاً قبيل وقت الحيض أو عند انتهائه ولم نجد بها أى جونوكوك أو كرات صديدية فيكون هنالك أمل بأن المريضة قد حصلت على الشفاء وإذا كررنا الفحص دفعتين أو ثلاث دفعات مع فحص الدم على نظرية وازرمان للجونوكوك وكانت النتائج سلبية يقوى أملنا بالشفاء التام . ومن هنا يتضح أن الشغل فى العيادات السرية ممل ومتعب ولكنه لا يخلو من اللذة وعلى الطبيب أيضاً معالجة الحالة النفسية عند المرضى وتخفيف الصدمة العصبية التى تحصل عند الشباب الذين أخذوا المرض لأول مرة وتشجيعهم للمثابرة والصبر والحضور للعيادة حتى يتم لهم الشفاء المنشود .

الفصل الأول

التشريح

يحسن هنا أن نذكر قليلا مما يلزم عن الصفة التشريحية لأعضاء تناسل النساء قبل البدء فى الكلام على المرض نفسه وهى فتحة المهبل — قناة مجرى البول — المهبل — الرحم ومتعلقاته .

الفرج ويشمل جبل الزهرة والشفرين الكبيرين والشفرين الصغيرين وما بينهما من الثنايا وهى البظر وفتحة قناة مجرى البول وفتحة المهبل نفسه وغدد بارت .

الشفران الكبيران هما الحدود الخارجية للفرج و ينتهيان من أعلى والأمام بجبل الزهرة ومن أسفل بالفتحة الشرجية .

الشفران الصغيران هما فى داخل الشفرين الكبيرين وأصغر منهما حجما وفى مصر يستأصلان مع جزء صغير من البظر قبل سن المراهقة و ينتهيان من أعلى بالبظر وهو عضو صغير حساس من البقايا فى النساء يعادل القضيب عند الرجال أما غددبارت فهما غدتان كل واحدة منهما بداخل شفر كبير ولها فتحة صغيرة على سطح الغشاء المبطن للشفر الصغير وهاتان الفتحتان متصلتان بقناتين ومتجهتان الى الخلف والداخل وأسفل .

قناة مجرى البول عند النساء يبلغ طولها نحو ثلاثة سنتيمترات وعرضها نحو سبعة ملليمترات متجهة الى أسفل والأمام وراء العانة وفتحتها الخارجية هي أسفل البظر وبين الشفرين الصغيرين بحيث أن جدارها السفلى ملاصق تماما للجدار العلوى للمهبل وهى سهلة التمدد ولا تمثل وظيفة العضلة العاصرة بها من كثرة التمدد ان جدارى قناة مجرى البول دائما أبدا على تمام الالتصاق إلا وقت التبول وهما مبطنتان بغشاء مخاطى وبهما فتحات كثيرة لغدد المخاط خصوصا عند فتحتها الخارجية . أما قنوات اسكين فتفتح داخل قناة مجرى البول وعلى بعد نحو ثلاثة ملليمترات من الفتحة الظاهرية بحيث اذا كانت فتحة القناة ملتهبة وشفتاها مفتوحتين يمكننا رؤية فتحات قنوات إسكين من الظاهر وهذه القنوات غائرة تحت الغشاء المخاطى والمسافة ٢ سنتيمتر تقريبا واتساعها يسمح بدخول إبرة صغيرة من التى تستعمل فى الحقن تحت الجلد .

المهبل ممر مقوس يصل عنق الرحم بالفتحة الخارجية للمهبل التى تكون مغطاة بغشاء يسمى غشاء البكارة عند العذارى يبلغ طول الممر المذكور نحو عشرة الى اثنى عشر سنتيمتر تقريبا . أما عنق الرحم فهى بارزة فى الجزء الداخلى منه ومقسمة إياه الى أربعة أقسام : التجويف الأمامى ، والخلفى ، والتجويف الجانبى اليسارى ، واليمينى ، فالتجويف الخلفى هو أكثر اتساعا من التجويف الأمامى وممر المهبل المغطى بالغشاء المخاطى يفرز إفرازا حمضيا ومن المسلم به أن مهبل الأطفال يسهل نقل العدوى اليه نظرا لرقة الغشاء فيه عما هو فى اللاتى فى سن المراهقة فما فوق .

غشاء البكارى له أشكال مختلفــة فاما أن يكون سادا تماما فتحة المهبل و إما أن يكون تقريبا فى حكم العدم . أما بعد تمزقها فتبقى (الزوائد الآســية) .

الرحم يقع ما بين المثانة والمستقيم وهو مقسم الى ثلاثة أقسام : القاع ، والجسم ، والعنق . ويبلغ طوله نحو سبعة سنتيمترات وعرضه نحو خمسة وسمكه نحو ٢,٥ سنتيمتر وشكله كشكل الكمثرى وقاعه متجه الى أعلى والأمام وعنقه الى أسفل والخلف وهو عادة منثنٍ الى الأمام قليلا .

و يغطى الرحم من الخارج بالغشاء البريتونى الذى يمتـد من الأمام لمحاذاة العنق ومن الخلف يمتد حول القاع والجسم والجزء العنق المهبلى حتى التجويف المهبلى الخلفى وتجـد فتحتى قناتى فالوب على جانبى قاع الرحم عند اتصال القاع بالجسم .

أما جسم الرحم فهو عريض من أعلى ضيق من أسفل عنـد اتصاله بالعنق وهو محـدب السطح خصوصا من الجهة الخلفيـة ومبطن بغشــاء مخاطى يعطى إفرازا قلويا .

عنق الرحم يبلغ طولها نحو ٢,٥ من السنتيمترات وجزؤها الأســفل بارز فى المهبل .

القناة العنقية تصل المهبل بجسم الرحم .

العنق الظاهرة مغطاة بغشاء مخاطى من نوع الغشــاء المبطن للمهبل وبه قنوات عديدة لتصريف إفراز الغدد .

بوقا فالوب يبلغ طول الواحد منهما أحد عشر سنتيمترا تقريبا وهما متصلان بقاع الرحم من الجانبين . أما الطرف الخارجي للبوق فيمتد نحو سنتيمترين فيما بعد المبيض وله فتحة صغيرة محاطة بشرفة و يتصل بالمبيض الموجود أسفل البوق والى الداخل عنه قطر البوق مختلف فهو عند الفتحة الرحمية أضيق من الفتحة المبيضية ومبطن من الداخل بغشاء مخاطي .

المبيـــــــض

المبيض موجود بين جانب الحوض والرحم فى المثلث المبيضى الواقع فيما بين الشريان الحرقفي الوحشي والشريان الحرقفي الأنسي قريبـا من الحـالب .

أما الدورة اللفاوية لأعضاء تناسل المرأة فموزعة كالآتى :

الفرج	الغدد الأوربية وقليل من الغدد الحوضية .
القسم الخارجي من المهبل	الغدد الأوربية السطحية .
« المتوسط من المهبل	الغدد التي فى جدار البطن .
« الأعلى من المهبل	الغدد الحرقفية الوحشية .
عنق الرحم	الغدد التي عند تفرع الشريان الحرقفي المشترك .
جسم الرحم	الغدد القطنية والأوربية والأوعية الأوربية التي فى الرباط المبروم .
بوق فالوب والمبيض...	الغدد القطنيـــة .

الفصل الثانى

السيلان كما نشاهده فى العيادة السرية

تزور المرأة العيادة السرية لأحد الأسباب الآتية :

(١) الخوف من احتمال عدواها بالمرض .

(٢) ارادة التحقق من تمام شفائها من مرض السيلان بعد انتهاء دور العلاج وعلى الأخص للاطمئنان لقرب زواجها .

(٣) يرسلها زوجها الذى أخذ المرض للتحقق من إصابتها أو عدم الاصابة .

(٤) لقد سمعت وقرأت كثيرا عن مرض السيلان ودائمـا عندها (ميه بيضه) إفراز أبيض فتود الاطمئنان .

(٥) أرسلها طبيب أمراض النساء للتحقق من نظافتها قبل إجراء عمليـــة .

فأصعب هذه الأحوال هى الثانية والثالثة .

وكل ما هو مطلوب فى الحالة الثانيـــة هو التحقق من الشفاء للزواج فعلى القارئ مراجعة الفصل الثامن من الجزء الثانى والجزء الخامس .

وأما فى الثالث فنجد الزوج يتهم زوجته بأنها أعطته المرض (وربما كان على حق فى دعواه) ولا يخفى ما فى تهمة أحدهما بنقل العدوى من المجازفة ومحال علينا محاولة تفهيمهما ذلك .

ويحسن عند سماع الشكوى أن نلاحظ ما يأتى :

(١) مدّة المرض .

(٢) عوارض التبوّل .

(٣) العوارض الناشـئة وقت الحيض كالألم . كثرة النزف الخ . مما يشير الى احتمال إصابة بوقى فالوب أو المبيضين .

(٤) حالة العقم — العقم الذى وجد بعـد ولادة ولد واحد يشـير عادة الى مرض البوقين .

(٥) الافراز من المستقيم إذ ربمـا نقلت اليه العدوى وهـذا أمر كثير الوقوع على غير ما يظن .

تشكو المريضة بالسيلان عادة مما يأتى :

(١) إفراز مهبـلى آخذ فى الازدياد ويكون حديثا ذا لون أصـفر وذا رائحة كريهة وربما كان ذلك لأول مرة تتذكرها المريضة فى حياتها .

(٢) كثرة التبوّل مع حصول ألم وحرقان شديد وقت التبوّل (زى الحربة) .

(٣) ورم مؤلم فى الفرج — تخراج فى غدد بارت الذى يجعـل المريضة تشكو عدم قدرتها على الجلوس إلا على ألية واحدة وهى السليمة .

(٤) ورم مؤلم فى الغدد الأوربية .

(٥) ألم فى المفاصل .

(لوحـــة نمرة ٢٣)



التهاب سيلانى مجرى حاد — التهاب غدد بارث — صنط تناسلى .

يحسن عند فحص المريضة أن تنصح بخلع ملابسها لكى يتيسر لنا فحص أعضاء التناسل وجدار البطن وحالة المبيض والبوق وتنام على منضدة كما تعمل عملية الحصوة .

ثم تفحص البطن لمشاهدة ما يوجد به غير طبيعى — إعاقة فى حركة التنفس أو وجود ألم وقت التنفس فى موضع ما ثم تؤمر بإبعاد فخذيها عن بعضهما ليتيسر مشاهدة الفرج حيث نبحث عن الأشياء الآتية :

(أ) عوارض التهابية فى الفرج أو فى أحد أجزائه .

(ب) بقع صغيرة لامعة متباعدة عن بعضها فهى علامة أكيدة لوجود مرض السيلان .

(ج) إحمرار خفيف فى قناة غدة بارت فلو أدخلنا السبابة داخل المهبل فيما وراء الشفر قليلا وضغطنا على الشفر قليلا ربما نجد نقطة صفراء بارزة من فتحة قناة بارت وبفحصها بالمجهر يوجد الجونوكوك على الأرجح .

(د) فاذا تصادف انسداد هذه الفتحة كنتيجة للالتهاب الموجود يتكون فى الحال ورم فى الجهة التى بها الغدة و يتحول الى خراج غدى .

(ه) التهاب فى قناة مجرى البول — وهى مضاعفة كثيرة الحصول جدا فى أحوال السيلان .

(و) إفراز من قناة مجرى البول أو من قنوات اسكين أو من القنوات حول المجرى .

فاذا ضغطنا بأصبع السبابة الداخل فى المهبل خلف المجرى فقد نجد إفرازا من المجرى ذاته أو من قناة اسكين أو نشاهد عوارض الالتهاب بالمجرى نفسه وقبل ادخال السبابة يلزمنا التحقق من حالة غشاء البكارة ففى حالة وجودها سليمة يغلب على الظن أن العدوى لم تنقل الى المهبل (ولو أنه لا يوجد مانع من ذلك) وعلى العموم توجد أحوال يكون المهبل فيها سليما ولذا يلزمنا أن نطهر ظواهر الفرج جيدا قبل فحص المهبل وقد نشاهد فى أحوال أخرى التهابا شديدا فى الفرج بحيث يصعب علينا جدا ادخال أى شيء كمنظار مثلا فى المهبل مالم يسبب ألما شديدا وتسلخات سطحية فى الغشاء المخاطى وهذا ما يجب تجنبه فى أحوال السيلان والأوفق أن نبدأ بعلاج حالة التهاب الفرج الظاهرية قبل البدء فى فحص المهبل .

ويحسن أن نأخذ دائما أمثلة من الافراز على شرائح من الزجاج للفحص بالمجهر وفى أنابيب للزرع من قناة مجرى البول ومن فتحتى غدتى بارث حيث نجد الجونوكوك خصوصا فى الأحوال المصابة من زمن بعيد ولا يمكننا فحص المهبل قبل تطهير الفرج بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{4000}$

ولكن اذا وجدنا عند مشاهدة جدار البطن ما يوجب الاشتباه فى إصابة البوق أو المبيض يلزمنا اجراء فحصها باليد للتأكد من الحالة قبل ادخال أى منظار فى المهبل .

فحص المهبــل والعنق

يلزمنا دهن المنظار قبل وضعه بالفازلين بسخاء وإبعاد الشفرين عن بعضهما باليد وملاحظة عدم وجود أى شعر (ان كان موجودا) فى طريق المنظار حيث نتفادى بذلك كثيرا من المضايقات التى تزيد الخجل والخوف عند المريض على أنه يمكننا اجتنابها ، ويسهل دفع المنظار فى المهبل الى الجهة الخلفية (جهة المستقيم) حيث تكون أقل شعورا من الجهة الأمامية (جهــة قناة مجرى البول) التى يزيد إحساسها خصوصا فى حالة التهابها من الاصابة ونجتهد بعد ادخال المنظار فى ملاحظة حالة الغشاء المخاطى ووجود الافراز ولونه — وجود البقع الحمــراء كالتى شاهدناها فى الفــرج — وجود تسلخات — قرح — صنط — الخ وأخيرا حالة العنق خصوصا .

(١) كمية ولون الافراز الخارج منه .

(٢) وجود تسلخ — قرح أو تمزق .

(٣) أورام مثل الصنط — بوليبوس — أو ورم خبيث .

(أ) ان لون الافراز السيلانى لبنى فى مبدئه ثم يتحول تدريجيا الى اللون الأصفر المخضر ملوثا الملابس بهذا اللون ويسبب أكلانا فى بعض الأحيان ، وفى حالة الإزمان يصير الافراز كالغراء .

فى الأحوال الطبيعية نجد إفرازا مخاطيا من العنق ويتغير لونه بعــد امتزاجه بالافراز المهبلى وقــد ترى إفرازا ممــاثلا لافراز السيلان ولكنه مسبب عن باشيلوس الكولون أو باشيلوس الدفتريا وللآن نحتــاج

لتجارب باتولوجية كثيرة للوقوف على أحوال ميكروبات أخرى قد توجد في المهبل ولا ندرى من أحوالها الباتولوجية شيئا علميا يذكر .

وتحت تأثير العلاج يتغير لون الافراز وكميته حتى يصير طبيعيا وعادة لا توجد به كرات صديدية .

(ب) جميع التسلخات والتقرحات والقرحة الأولية الزهرية إن وجدت يجب معالجتها جيدا لأنها قد تأوى كثيرا من ميكروبات السيلان وتساعد كثيرا على تأخير زمن الشفاء .

(ج) قد نجد سبب الافراز الذى تشكو منه المرضى وجود سرطان فى العنق مثلا ، أو أورام مكونة من الصنط التناسلى فى كل جدران المهبل والعنق — وجود بوليبوس بسيط أيضا — كل ذلك يحتاج الى علاجه الخاص .

ولا بد من فحص حالة الرحم والمبيضين والبوق والتأكد من أن حالتهم طبيعية أو غير ذلك (وذلك طبعا بادخال أصبع أو أصبعى اليد اليمنى فى المهبل والجس باليد اليسرى من الظاهر فوق جدار البطن) فنجد العنق متجها الى الخلف والأسفل وعلى شكل طرف الأنف وباستعمال ضغط بسيط فوق العانة باليد اليسرى مع تثبيت اليد اليمنى فوق العنق من الداخل نجد جسم الرحم ما بين اليدين يتحرك بحرية الى جميع الجهات ويلزمنا التنبيه بأنه فى حالة ادخال الأصبعين يوضع السبابة فوق العنق ويوضع الوسطى فى الجيب الأمامى ولأجل فحص بوق فالوب والرباط العريض

تحرك الأصبع فى داخل المهبل الى الجهة الوحشية مع تحريك اليد اليسرى على جدار البطن فى نفس الجهة وبضغط قليل فى نقطة تقابل اليد مع الأصبع نجد البوق والرباط العريض فيما بينهما خصوصا اذا كانت المريضة نحيفة انبدن فيظهر البوق كحبل. ويصعب الحس به فى المرضى السمان واذا اتجهت اليد اليسرى والأصبع قليلا أيضا الى الجهة الوحشية نحس بالمبيض بجسم صلب فى حجم اللوزة الكبيرة ويمكن تحريكه بحرية فيما بين اليدين وقد يحدث قليل من الألم وقت ملامسته وقد يمكن جس الحالبين فى المريض النحيف وذلك بتوجيه الأصبع الى سقف الجزء الخارجى من المهبل فنجدهما ملاصقين لقاع المثانة. أما الرباط فلا يمكننا جسه إلا فى أحوال مرضه ويمكننا جس الأربطة الرحمية العجزية اذا ضغطنا بالأصبع فى الجهة الخلفية فيما بين العنق والعجز .

ويحس بالمستقيم اذا كان به بعض المواد البرازية وقد تلتبس هذه المواد المتحجرة علينا بالمبيض فى بعض الأحيان ولكن من السهل جدا عدم الوقوع فى هذا الالتباس .

وقد يلزم فى بعض الأحوال الفحص من جهة المهبل والمستقيم معا أو من المستقيم وجدار البطن معا (فى حالة وجود غشاء البكارة) لمعرفة حالة الجهاز التناسلى ومن حسن الحظ أنه فى الامكان تشخيص ذلك بدقة .

الفصل الثالث

علاج السيلان عند النساء

ينقسم علاج السيلان عند النساء الى ثلاثة أقسام :

(١) العلاج العام .

(٢) العلاج الموضعى .

(أ) علاج فى العيادة .

(ب) علاج فى المنزل .

(٣) العلاج بالفاكسين .

(١) العلاج العام

الغذاء — تمنع (البهارات — التوابل) والخمر والقهوة والشاى ويسمح بقليل من اللحوم البيضاء فقط مع كثير من الخضراوات والمواد النشوية والفواكه واللبن .

الراحة — الراحة ضرورية جدا للمريضة بالسيلان خصوصا فى الأحوال الحادة فيحسن بها ملازمة الفراش بغاية ما تسمح به الأحوال وعلى العموم تمنع كل الرياضة والأشغال المنزلية والوقوف الممل والجماع .

(٢) العــلاج الموضعى

تختلف كثيرا طريقة علاج السيلان عند النساء فى مختلف العيادات فتختلف فى اســتعمال المحلولات المختلفــة كما تختلف أيضــا فى أنواعها ، ولنشرح الطريقة الاعتيادية المتبعة فى علاج الأحوال الحادّة نوعا وكذلك علاج المضاعفات على حدتها فنقول يمسح الفرج بقطعة من القطن مبتلة بمحلول حمض البكريك ٥٠ ٪ فى الجلسرين (محلول حمض البكريك عبارة عن حمض بكريك بنسـبة ١ ٪ مذاب فى المــاء) بشرط ألا يترك شيئا من المحلول على الأغشــية ثم ندخل المنظار ونمسح تجويف المهبل والعنق ونزيل ما عليها من الافراز بقطعة من القطن و يمكن إزالة الافراز المتجمد بقطعة مبتلة من ماء الأوكسجين أو محلول البوتاسيوم الكاوى بنسبة $\frac{١}{١٠٠٠}$ ومتى أزيل الافــراز يمس العنق وقناته بمحــلول حمض البــكريك بالطافة كما تمسح جدران المهبــل جميعها من نفس المحلول مع تحريك المنظار عن موضعه قليــلا لأجل مس كل جزء من جدرانه ولا داعى مطلقا الى ترك أى كمية من هــذا المحلول داخل تجويف المهبــل وفى النهــاية تمس قناة مجــرى البول أيضا بهذا المحلول نفســه بعد التبوّل و يمكن اســتعمال أحد المحلولات الآتية للمس أيضا — بروتارجول ١٠٪ أرجيرول ١٠٪ محلول اليوكالتبس فى زيت الزيتون بنسبة ٤٠٪ و بعضهم استعمل اللبن الزبادى بنجــاح بنتائج محسوسة فانـــ لم يمكن المريضــة الحضور يوميا يحســن استعمال "اللبوس" من عقاقير مختلفــة مثل بروتارجول $\frac{١}{١٠٠}$ أكتيول مع الجلسرين $\frac{١}{١٠٠}$ الى $\frac{٢}{١٠٠}$ محــلول حمض البكريك مع الجلسرين بنســبة

٣٠/١٠٠ الخ فتدخل المريضة اللبوس بنفسها وهى مستلقية على ظهرها وتنصح باستعمال حمامات بسيطة ساخنة للنصف الأسفل من الجسم أو مع برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ١/٤٠٠٠ مرتين يوميا .

وقد يحدث حمض البكريك بعض قشور فى الغشاء المخاطى المبطن لجدران المهبل فيحسن أن يستبدل به محلول البروتارجول بنسبة ١٠/١٠٠ بصفة مس ولبوس مرتين أو ثلاث مرات فى الأسبوع .

الغسل (الدوشات) — تختلف آراء الأطباء من جهة فوائد استعمال الغسل (الدوش) أو عدم استعمالها بالكلية فاذا استعملت المريضة الغسل (الدوش) بنفسها تحت ضغط عال (أى أن حاقنة الحائط تبعد عن سطح المهبل نحو ثلاثة أمتار مثلا) لاشك أنه يحدث مضاعفات بامتداد المرض الى الأجزاء العلوية من الجهاز التناسلى .

إن فائدة الغسيل تحصر فى تنظيف الافراز وازالة الموجود بالمهبل نعم يفيد الغسيل كثيرا اذا استعمل بواسطة ممرضة أو مريضة نبيهة ، ويحسن أن تنصح المريضة باستعمال الغسيل (وذلك فى حالة امتداد العدوى للرحم والبوقين) وهى مستلقية على ظهرها ولا تعلو أكثر من نصف متر عن سطح المهبل ويكون المحلول ساخنا لدرجة يمكن أن تتحملها المريضة ثم يوضع اللبوس بعد الانتهاء منه .

علاج الفاكسين — قد يفيد استعمال الفاكسين فى بعض الأحوال جدا ويجب ملاحظة مقدار الدواء وما يتبعه من رد الفعل بعد كل حقنة

لضبط مقدار الحقنة التى تليها ويستعمل عادة الفاكسين المجهز وقد يستعمل الفاكسين المصنوع من الميكروبات التى فى افراز المريض نفسه ويلزم التحقق جيدا قبل البدء بالعلاج به من إصابة الرحم وملحقاته بالمرض ولا عيب على الطبيب اذا أخذ برأى طبيب أمراض النساء للتحقق من ذلك ان وجد عنده بعض الشبه لأن إعطاء الحقن فى حالة وجود المرض بالرحم وملحقاته يحدث ردّ فعل شديد مع نكسة موضعية شديدة الوطأة فى الأعضاء المصابة . ويعالج هذا (اذا حصل) بأمر المريضة بملازمة الفراش ، وعلى العموم يلزمنا البدء بمقدار صغير جدا كى ندرس حالة ردّ الفعل على المريضة ، وتكرر الحقنة مع الزيادة فى المقدار بعد أربعة أو خمسة أيام فى حالة حصول رد فعل بسيط . وألّا يزاد المقدار وتحقن بعد مضى أسبوع على الأقل فى الأحوال التى يكون رد الفعل فيها شديدا .

نصائح وتعليمات تعطى للمرضى

يحسن تفهيم المرضى أن نقل العدوى يحصل بواسطة الجماع كما يحصل أيضا بطريق غير مباشر كالحمامات ومباسم الحاقنة والمراحيض القذرة والفوط والنوم فى سرير واحد مع مريض (وذلك خاص بالأطفال غالبا) وكل ذلك خوفا من نقل العدوى للمريض نفسه لثانى مرة .

إن نقل الافراز والتلوث به هو الواسطة فى نقل العدوى فاذا لم نغسل اليدين جيدا بالماء والصابون (ولا بأس من استعمال مطهر بعد ذلك أيضا)

فقد تنقل العـدوى الى الأنف واللثـة والأعين والشرج فمن الأنف
قد يحدث انتقال العدوى فى الغشاء السحائى فى قاع المخ وتسبب خراجا
كما حصـل لطبيب تحت ملاحظتى وعقبته الوفاة وفى اللثة يسبب ألما
شـديدا وصديدا وربما ينتج عنه وقوع الأسنان وفى العينين قد يسبب
العمى ويجب زيادة الاحتراس فى ملاحظة نظافة المراحيض بعد استعمالها
واستعمال فوط خاصة للمريضة نفسها كما يجب ألا تسمح للأطفال بالنوم
معها فى فراش واحد (وذلك خوفا من نقل العـدوى اذا ما ابتـل غطاء
الفرش من الافراز) — والجرم الشنيع هو السماح بالجماع لأى انسان وقت
المـرض .

الفصل الرابع

مضاعفات السيلان عند النساء وعلاجها

---

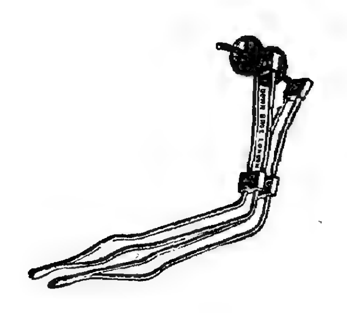
(١) خراج غدة بارت (بارتوليني)

إن وجود خراج فى غدة بارت أمر كثير الوقوع وتنتقل الجونوكوك من فتحة قناة الغدة الى قناتها فيحدث بها التهاب فتسد مجراها فيصل الافراز الى الغدة ذاتها فيتكون الخراج ويستسهل بعض الأطباء استئصال هـذا الكيس الصديدى ولكني أجد هذه العملية أصعب بكثير من عملية شق الخراج واسـتعمال المطهرات كالكى بصبغة اليود أو محـلول البروتاجول بنسـبة ١٠/١٠٠ واستعمال الحمام الساخن للصنف السـفلى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ١/٤٠٠٠ ويعمل هذا الشق تحت تأثير مخدر موضعى أو بدونه ويعقبه زوال الألم مباشرة ويحسن عمـل الشق من الجهة الداخلية للشفر بدلا من سطح الجلد حيث يحدث تشويها نحن فى غنى عنه ويعمل تغيير يوميا على الجرح الى أن يلتئم .

(٢) عدوى قناة مجرى البول وقناة اسكين والقنـاة حول المجـرى

كثيرا ما نجـد قناتى اسكين والقناتين حول المجرى وفتحات الغـدد الكثيرة التى فى قناة مجرى البول مصابة بالسيلان ويلزمنا دائمـا البحث

عنها للتحقق من سلامتها لأنها غالبا تكون سببا لنكسة المرض من إهمالنا بحثها . وأما القنوات التى تفتح فى المجرى فيمكن معاينتها بالمنظار المجرى . وقد نجد فتحة قناة مجرى البول ذات جدران ضخمة ومنقلبه للخارج ونرى



(شكل ١٧) المنظار المجرى للنساء (بازنل)

فتحة قناة إسكين بسهولة ويسهل علينا معالجتها . وفى بعض الأحوال يحسن إتلاف هذه القنوات بالكى الكهربائى . وفى أحوال أخرى يمكننا غسل داخل هذه القنوات بواسطة إبرة صغيرة غالبا من التى تستعمل للحقن تحت الجلد . فتملأ الحاقنة بمحلول مطهر (كمحلول البروتارجول $\frac{١٠}{١٠٠}$ أو نترات الفضة $\frac{٢}{١٠٠}$ الخ) ثم تدخل الابرة فى الفتحة وتغسل القناة . ويشفى الالتهاب المجرى بالعلاج المعتاد كالحقن بالمحلولات المطهرة المذكورة واستعمال الكى الكهربائى بمساعدة المنظار وقد يستعمل بعضهم أقلاما صغيرة مركبة من البروتارجول أو نترات الفضة أو اليودوفورم ويتركها فى المجرى حتى تذوب . ولكن لا تخلو هذه الطريقة من إحداث

التهاب فى غشاء المجرى خصوصا اذا كانت الاصابة هى الأولى من نوعها ولذلك يلزم استعمال هـذه الأقلام بحذر . وبطبيعة الحال يؤمر المريض بالتبول قبل استعمال أى دواء . وقد ينصح بعض الأطباء بغسل المثانة بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ١/١٠٠٠ أو ما يناسب ذلك من أصناف أخرى فتملأ المثانة ويسمح للمريض بالتبول أو يستعمل قسطرة لها طريقان : أحدهما لادخال السائل . والثانى لاخراجه ، وقد يستعمل طريق تقطير المحلولات المركزة داخل المثانة والمجرى أيضا للعلاج ، وبالجملة فلكل عيادة لها (ما نسميه) اصطلاحا خاصا وأطباؤها مهرة فى مستعمله .

وعلى العموم يلزم التحقق من سلامة قناتى اسكين وذلك لئلا تكون سببا فى نكسة المرض أو لنقل العدوى للرجل بعد الزواج أو سببا فى الروماتزم الدورى .

إلتهاب المثانة

ان التهاب المثانة هو أقل حصولا فى النساء منه فى الرجال ، لأن مثانة المرأة الممتلئة بولا لا تتعدى الى غيرها بخلاف مثانة الرجل فالقسم البروستاتى قد يكون جزأ منها عند امتلائها ، ولكن على حذر من إدخال أى قسطرة داخل المثانة قبل تطهير مجرى البول جيدا لئلا تنقل العدوى من المجرى الى المثانة . إن حالة الغشاء المبطن للمثانة لها ميزة خاصة طبيعية فى مقاومة الجونوكوك ، ولكن المثلث الذى فى قاع المثانة والواقع بين الحالبين هو أول ما يصاب بالعدوى ويمكن رؤيته بالمنظار المجرى الكهربائى وهو

ملتهب وأحمر اللون . أما عوارض الالتهاب المثانى فهى قليلة فقد يحصل
ألم بسيط فوق العانة وتكثر مرات التبوّل مع التألم قليلا قرب الانتهاء منه
واذا أمرنا المريض بالتبول فى كأسين (وذلك بعد تطهير الفرج من الظاهر
وازالة كل إفراز هناك) فقد نجد افرازا صديديا فى البول الذى بالكأس
الأوّل فنتأكد من وجود التهاب مجرى . وأما فى الكأس الثانى فيكون
مسببا عن اصابة المثانة نفسها ، ومن المؤكد أننا لو فحصنا هذا الصديد
بالمجهر نجد الجونوكوك .

وتعالج هذه الحالة بغسل المثانة كما شرحنا فى علاج التهاب مجرى البول
ونصح بعضهم باعطاء زيت الصندل من الباطن ، أو حمض الساليسليك
أو سلسلات الصودا ، أو أروتروبين ، أو أسيد ولامين الخ لتسكين المثانة
وتطهيرها مع الإدرار فى البول وذلك مع الإكثار من تعاطى السوائل وماء
الشعير والغذاء الخفيف والأحوال المستعصية تعالج موضعيا بواسطة المنظار
المثانى الكهربائى .

الالتهاب فى حوض الكلية

حدث وجود مرضى مصابين فعلا بالتهاب فى حوض الكلية ناشئ
عن الجونوكوك ، فتعالج هذه الأحوال بالراحة التامة وتكون فى العادة من
اختصاص زميلنا الجراح لأن عوارض المرض لا تختلف مطلقا عن التهاب
حوض الكلية الناتج عن أسباب أخرى .

التهاب الفرج والتهاب المهبل الحادّ

قد يصاب الفرج والمهبل بالتهاب حادّ، فيتورّم و يصير مؤلماً محمرّ اللون و يخرج منه إفراز غزير فيحسن حينئذ أمر المريض بالراحة التامة وملازمة الفراش وعمل حمام ساخن نصفى من محلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{١}{٤٠٠٠}$ وعند ما تهدأ الحالة نوعا يحسن عمل لبوس من الأدوية المعتادة وقد أشار بعضهم باستعمال سدّ مهبلى بخرقة مغموسة من محلول نترات الفضة المخفف .

التهاب العنق

كثيرا ما يحصل التهاب عنق أيضا — فنجد العنق محمرّ اللون حبيبي الشكل يدمى بسهولة متورما قليلا فيعالج بالمس بمحلول اليود الفنيكى ، أو محلول حمض البكريك مع الجلسرين وقد يحصل تقرح فى العنق ، فتحسن المواظبة على العلاج واستعمال لبوس الأكتيول والجلسرين ، أو البروتارجول الخ ، فتزول عوارضه بسرعة وهى الألم فى القطن والافراز .

التهاب الرحم

يندر وجود التهاب رحمى حادّ ولكن الالتهاب الرحمى المزمن كثير الحصول — فعوارض الالتهاب الحادّ هى — ارتفاع فى الحرارة مصحوب بسرعة فى النبض — ألم فى القطن وفوق العانة وقد يصحب ذلك عوارض

فى المثانة والمستقيم وبالفحص المهبلى نجد الرحم متضخما ومؤلما عند اللمس كما أن العنق يكون ملتهبا ويخرج منه إفراز صديدى .

العــــلاج — ملازمة الفراش — عمل حمامات مهبلية ساخنـة ولبوس من الأكتيول والجلسرين ، وإعطاء مسهل للمريض .

وبعد انقشاع الشكل الحاد يصبح الالتهاب مزمنا وقد يلجأ بعضهم الى توسيع العنق فى هذه الأحوال المزمنة وبذلك يتيسر لنا منع الالتهاب من مهاجمــة البوقين . أما عمل الكحت للرحم فلا يخلو من المخاطرة فقد ينتج عنه التهاب البوق الصديدى . وفى حالة عمل الكحت يلزمنا سـد الرحم بشاش منقوع فى محلول يود الفنيك أو محلول البروتارجول بنسـبة $\frac{15}{100}$ الى $\frac{20}{100}$ ويزال هذا السد فى ثانى يوم للعملية .

إن الرأى الطبى ليس متفقاً على نتائج اسـتعمال العـلاج الكهربائى فقـد استعمل بعضهم تيارات قوية (عشرين مللى أمبير بقضيب نحاسى داخل جسم الرحم لمدّة عشرين دقيقة مع أن اسـتعمال ١٥ مللى أمبير لمدّة خمس عشرة دقيقة مرتين فى الأسبوع يكفى للحصول على نتائج سارة) كما أنه يمكن استعمال هذه التيارات الكهربائية بقوّة بسيطة (٣ — ٥ مللى أمبير لمدّة عشر دقائق) فى علاج التهاب مجرى البول .

الالتهـاب البـوقى المبيـضى

يصـاب المبيض فى كل حالة يصاب فيها البوق تقريبا وقد يشكو المريض ألمـا فى أسفل جدار البطن من الجهة المقابلة للمبيض كما أنه يشكو

ألما فى القطن ، وقد ترتفع درجة الحرارة قليلا عند المساء كما أنه تتغير مواعيد الحيض ويقل الزمن مابين كل حيض وآخر كما تقل كميته أيضا .
أما احتباس الحيض فنادر جدا ونجد عند الفحص ضخامة فى البوق (وهو كالحبل) وألما وضخامة فى المبيض وينصح المريض بملازمة الفراش واستعمال الحمامات الساخنة وقد يعطى بعضهم مقدارا قليلا من الفاكسين بحقنة تحت الجلد أو فى الوريد .

التهاب البوق الصديدى

قد يعقب الالتهاب البوقى المبيضى التهاب البوق الصديدى وفى هذه الحالة يشكو المريض من ارتفاع درجة الحرارة مع ألم فى أسفل جدار البطن وصعوبة عند التبول أو التبرز وبالفحص نشاهد أن حركات جدار البطن السفلى لا تنتظم مع التنفس وربما تبقى ثابتة ويوجد ألم عند اللمس وربما نجد ورما فى جهة البوق الملتهب وبادخال الأصبع نجد الورم فى حفرة دوجلاس فى جهة أو جهتين على جانبى الرحم (حيث يكون الالتهاب عادة مزدوجا) وقد تكون حالة المريضة سيئة لدرجة تحملنا على عمل العملية المعجلة ، ولكن فى أغلب الأحوال يمكننا انتظار هدو العاصفة وتجمع الورم فى جزء واحد محدد ثم يبدأ طبيب أمراض النساء بالعملية .

الالتهاب البريتونى

قد يمتد الالتهاب من البوق الى جزء البريتون المجاور له أو يشمل البريتون بأجمعه ويكون التهابا حادا مصحوبا بارتفاع شديد فى الحرارة

وزيادة فى النبض وقىء وصعوبة فى التبول والتبرز وألم شديد فى جميع جدار البطن ، وبالفحص نجد عضلات البطن ثابتة وقت التنفس، وربما لايستقر رأينا على شىء بالفحص المهبلى ،وتعالج المريضة بملازمتها الفراش ووضع ضمادات (مكمدات) على البطن وعمل حمامات ساخنة فى المهبل وإعطاء حقن الفاكسين بحرص زائد وقد يضطر أحيانا للعلاج الجراحى .

الحمل

قد تحمل المريضة بالسيلان ، وتحمل عادة فى نفس الوقت الذى تصاب فيه بالعدوى ،وقد يزيد احتقان أعضاء التناسل الذى يصحب الحمل عادة فى عوارض المرض . ومن المهم جدا اتخاذ كل الوسائل الممكنة لمداواة المرض قبل الوضع حيث تكون الأم عرضة لانتقال المرض لبقية أعضاء التناسل ، ويكون العلاج عادة بنفس الطريقة التى تتبع فيما لو كانت المريضة غير حامل غير أن مس العنق يكون دائما بحذر ، ولا يغرب عن البال أن الافراز يكون غزيرا عند الحوامل نظرا لاحتقان أعضاء التناسل حيث يزول عادة بعد الوضع .

الضغط التناسلى

كثيرا ما يوجد الضغط التناسلى ولكن لا يكون لدينا دليل على أنه مسبب عن الجونوكوك نفسه وقد يكون ناشئا عن الالتهاب الغشائى المخاطى

الناتج عن ميكروبات أخرى وينتشر فى أى عضو من أعضاء التناسل كالعانة والفرج والمهبل والعنق وقد يكون فى حجم العدسة أو مكونا لأورام صلبة ذات عنق عند قاعدتها ورفيعة عند قمتها سادة فتحة المهبل وممتدة الى الشرج ومزودة بشرايين غزيرة ولذلك تدمى كثيرا وقت بترها وأن ذلك أكبر مميز لها عن اللطخ المخاطية التى تكون مفرطحة وذات قاعدة عريضة وقد يصحبها افراز ورائحة كريهة ويحسن قصها بالمقص اذا كانت ذات حجم متوسط أو كيها بالغازات المثلوجة (ثانى اكسيد الكربون) اذا كانت ذات حجم ضخم أوكحتها بملعقة الكحت أما اذا كانت صغيرة وقليلة فيحسن استعمال الكى الموضعى بحمض الخليك أو حمض النتريك أو نترات الزئبق الحمضية . ومن الضرورى حماية الجلد الذى حولها عند استعمال السوائل الكاوية بدهنه بالفازلين ولكن ليس من الضرورى استعمال مخدر موضعى فى كل الأحوال (إلا فى حالة الكحت فقد يلجأ لاستعمال مخدر عمومى) أما اذا كان النزف غزيرا عند استعمال الكحت فيحسن كى الموضع بحمض الخليك المخفف أو حمض الفنيك لمنعه ومن الضرورى جدا استئصال كل صنطة موجودة لئلا تكون سببا فى نكسة الصنط ثانيا فنفحص عن قناة مجرى البول والمهبل جيدا للتحقق من عدم وجود أى واحدة . ويعمل تغيير يوميا بمرهم الراسب الأبيض أو البوريك من الظاهر . أما فى المهبل فيحسن التغيير بمسحوق بسيط مركب من أجزاء متساوية من حمض بوريك و إكسيد الزنك والنشا ، وقد يضاف اليه مسحوق الزئبق الحلو بنسبة

المستقيم

يصاب المستقيم بمرض السيلان عند النساء بنسبة أكثر مما يظن فيشكو المريض بأكلان وألم فى الشرج مع افراز ذى لون أصفر ورائحة كريهة ومن الضرورى بحث السائل بالمجهر للتحقق من وجود الجونوكوك وتعالج بالغسل بمحلول برمنجانات البوتاسيوم واستعمال لبوس مستقيمى مركب من البروتارجول أو غيره بعد التبرز .

الفصل الخامس

السيلان عند البنات (الأطفال)

تنتقل العدوى بالسيلان الى الأطفال كما تنتقل الى النساء فيمتد دور الحضانة من ثلاثة أيام الى أسبوعين ، وتنتقل العدوى للطفل بأحد الطرق الآتية :

(١) اللمس المباشر وعند بعض العامة فكرة وهى أن احتكاك القضيب المصاب بمرض السيلان بفرج الطفل قد يشفيه من المرض ولذا نجد بنات الأسرات المتوسطة حتى والطبقة العالية مصابات بهذا المرض من الخدم وقد تصاب الأطفال عند الولادة أيضا اذا كان مهبل الأم مريضا وفى هذه الحالة تصاب العينان أيضا (وهما أكثر عرضة للاصابة) وتكون الاصابة سببا فى العمى .

العدوى غير المباشرة

تحدث من ملامسة طفل سليم لملابس داخلية مبتلة بالافراز لمصاب بالسيلان فاذا نام الطفل فى فراش مريض مصاب أو استعمل فوطا ملوثة من مريض مصاب أو دخل المرحاض بعد مصاب أو تنشف عقب التبول فى نفس البقعة التى استعملها شخص مصاب فانه يعدى

بالمرض وليس من المدهش أن تكون الأم مصابة بالمرض حينما تعرض علينا طفلها المصاب .

العـــوارض

يشكو الطفل من تأكل وتسلخ فى الفرج وألم وقت التبول وقد يصرخ الطفل من شدة الألم وبالفحص نجد الفرج متورما قليلا أحمر اللون (والشفرين خاصة متلاصقين) وبفتحهما نجد إفرازا أصفر اللون ذا رائحة وفتحة قناة مجرى البول ملتهبة وربما نراها منسدة بنقطة من الافراز الأصفر ولنذكر دائما أنه قد تحصل كل هذه العوارض فى الأطفال من ميكروبات أخرى عقب عملية الختان والحمى القرمزية والحصبة الخ فيلزمنا بحث الافراز والتحقق من وجود الجونوكوك قبل إعلان التشخيص للمريض ويندر ألا تمتد العدوى للمهبل ونجد معظم الافراز مندفعا من فتحته .

امتـــداد المرض

ليس لمهبل الأطفال قوة طبيعية شديدة تقاوم مهاجمة المرض له كما توجد عند النساء وسرعان ما تمتد العدوى الى العنق ويمكننا التحقق من ذلك فى أوروبا (حيث لا يهمهم وجود غشاء البكارة) بادخال منظار صغير كمنظار المجرى عند النساء ومشاهدته ومن حسن الحظ أن المرض لا يمتد بسهولة الى الرحم ومتعلقاته فى الأطفال كما يحدث ذلك عند النساء ولكن لا يغيب عن بالنا أن امتداد العدوى للرحم ومتعلقاته قد تسبب

الوفاة عند الأطفال وقد تحتاج معالجة سيلان الأطفال فى أوروبا وقتا قصيرا بضعة أسابيع (وذلك لمداواته على طريقة مداواة النساء) كما أنه قد يستمر أشهرا اذا حصلت المضاعفات وليعلم أيضا أن الأطفال الذين يصابون بالعدوى أثناء الولادة يكونون عرضة لجميع مضاعفات السيلان عند النساء كالروماتزم الدورى السيلانى والتسمم فى الدم الذى تعقبه عادة الوفاة .

علاج السيلان عند الأطفال (البنات)

ينحصر العلاج فى تهدئة روع الطفل وجذب محبته وثقته ثم المبادرة بالعلاج الموضعى إن العلاج الموضعى فى أوروبا هو نفس العلاج المستعمل عند النساء وهو الغسل بمحلول برمنجانات البوتاسيوم والمس بمحلول البروتارجول ونترات الفضة الخ ، ولكن فى مصر يهمهم جدا ترك غشاء البكارة سليما ولذلك لا يمكننا مطلقا إدخال أى منظار فى المهبل وكل ما نعمله هو إدخال قسطرة من المطاط داخل المهبل وإيصالها بالحقنة التى يجب ألا تكون مرتفعة أكثر من نصف متر عن سطح الفرج ثم تقطير محلول من نترات الفضة أو البروتارجول داخل المهبل بواسطة القسطرة أيضا وبعد مضى نحو الشهر يمكننا إرشاد الأم لعمل ذلك بالمنزل لأن العلاج يستغرق عادة بضعة أشهر باتباع هذه الطريقة .

وقد يحسن استعمال حقن من الفاكسين فى بعض الأحوال كما تستعمل حقن من اللبن المعقم أو المستحضر المجهز تحت اسم (أولان) تحت

العضلات بمقدار نصف الى سنتيمتر مكعب واحد مرة كل ثلاثة أيام ، وتمنع الأطفال من الوثب والجرى بغاية الامكان ومن التعرض للرطوبة ويكون الغذاء قليلا وصحيا ، ويلزم معالجة الأم أو الشخص الملازم للطفل ان كان مصابا والتنبيه عليه بغسل يديه ويدى الطفل أيضا جيدا بالماء والصابون بعد التبوّل أو التبرز والتأكد من عدم وجود أطفال مصابين بهذا المرض فى صحبة الطفل المريض خوفا من نقل العدوى .

القسم الرابع

اصابة العين بالسيلان

الرمد الصديدى السيلانى فى الأطفال — تنقل العدوى للطفل عادة بملامسة ملتحمة العين للرحم أو للمهبل وقت الولادة أو بواسطة أخرى بعد الولادة فقد شاهد بعضهم أطفالا مولودين بالعملية القيصرية مصابين بالرمد الصديدى السيلانى وهذا يبرهن على أن العدوى نقلت من الرحم وعلى العموم فان نحوا من السبعين فى المائة من الاصابات تحصل بملامسة العين لجدار القناة العنقية أو أكياس المهبل ومن العشرين فى المائة منها من ملامسة الفوط المبتلة — الإسفنج — الأيدى — الخ، وتشاهد العوارض بعد مضىّ أربع وعشرين ساعة الى خمسة أو ستة أيام بعد الولادة ، وتكون الاصابة مزدوجة عادة أو تظهر فى عين واحدة أولا ثم تظهر فى الأخرى و إذ ذاك توجد عندنا الفرصة للاجتهاد فى منع الاصابة من التنقل للعين الأخرى وعلى الأرجح يذهب تعبنا سدى ، وتصاب العين الأخرى .

تبدأ العوارض بظهور ورم فى الجفن العلوى ويمتد بسرعة الى ما جاوره مصحوبا بافراز صديدى ، وعند قلب الجفن نجد الملتحمة

مغطاة بغشاء أبيض كاذب ذى ميزة خاصة بالسيلان ويلاحظ أن جزء الملتحمة الكاسى للعين هو أقل تأثرا من الجزء الجفنى وأقل احتقانا ؛ ويشاهد الجفن العلوى منتفخا ومغطيا للجفن السفلى وصعب الانقلاب ؛ ويزول الورم بتأثير العلاج وكذا يقل الافراز وتعود العين لطبيعتها غير أن التهابا بسيطا فى الملتحمة ربما يستمر شهورا تحت العلاج ويتم ذلك كله فيما بين الأسبوعين والستة الأسابيع .

ان مضاعفات القرنية شديدة الوطأة وهى فى الحقيقة ونفس الأمر المأساة فى المرض .

فقدان الغشاء المغطى للقرنية — نشاهد بجزء غير لامع فوق سطح القرنية وقت المرض وربما أدى الى ثقب فيها .

عتامة القرنية — يشاهد رشح بالقرنية ونقط كثيفة مكوّنة لخراجات فى أنسجتها .

الرشح فى طرف الدائرة القرنية — قد ينتهى هذا الرشح بقرحة دائرية قد تؤدى الى تآكل فى القرنية كلها .

الثقب — قد يضاعف أحد المضاعفات السابقة بثقب ينتهى بسحابة ملتصقة أو بزر قرنى فى الأحوال الحميدة أو بالتهاب جسم العين بأجمعه يعقبه ضمور فى الأحوال الأخرى — يؤكد التشخيص بأخذ مثال (عينة) من إفراز العين وبحثه من أجل الجونوكوك .

الاحتياط لدرء المرض — تنصح الأم الحامل المريضة بالسيلان بالبقاء بالمستشفى قبل ميعاد الوضع بشهر على الأقل وتعالج كما شرحنا وعند

الوضع يطهر العنق والمهبـل تطهيرا جيـدا بدون الالتجاء الى المحلولات القوية لئـلا تحدث التهـابا موضعيا قد تكون فى غنى عنـه وعند بروز الرأس تمسح العينان بمحلول حمض البوريك الدافئ ويغسل جسم الطفل بعـد الولادة مباشرة بالمـاء والصابون وينصح بغسـل الوجه على حدة ثم غسل العينين بمحلول البوريك أيضا وتقطر نقطة واحدة من محلول نترات الفضـة بنسبة $\frac{1}{100}$ فى كل عين — وقد يستعمل بعضهم محلول نترات الفضة بنسبة $\frac{2}{100}$ وقد تحدث هذه النسبة التهابا لمدة يومين أو ثلاثة بعـد الولادة .

ونؤكد بأنه لو استعملت هـذه الاحتياطات بدقة لتفادينا من ظهور مرض السـيلان بالعين ولكن مع الأسف أننا نهملها دائمـا فلا نعجب اذا من ازدياد نسبة العمى فى بلادنا .

العلاج — يلزم غسـل العين بكمية وافرة من محلول البوريك بنسبة $\frac{2}{100}$ — محلول السليمانى $\frac{1}{10000}$ — محلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{1}{5000}$ — محلول اكسى سيانور الزئبق $\frac{1}{5000}$ أو أى مطهر آخر — ويلزم أن يكون ماء الغسل على درجة ١٠٠ ف وبواسطة محقنة الحائط مع عدم استعمال المحقنـة الصـغيرة المعتادة ويكرر الغسـل مرة فى كل ساعة ليل نهـار وفى كل مرة تراعى إزالة الافراز جيدا وتقلب الجفون مرتين يوميا وتمس بمحلول نترات الفضـة بنسبة $\frac{1}{100}$ وهذا يبيـد الجونوكوك الموجود على سـطح الجفن وقد تحسن إزالة راسب نترات الفضـة الزائدة بمحلول

ملحى بواسطة الطبيب نفسه أو ممرضة وان لم تسمح الحالة فيستبدل به محلول البروتارجول بنسبة $\frac{١}{١٠٠}$ — أرجيرول بنسبة $\frac{٢٥}{١٠٠}$ ثلاث دفعات يوميا ولا يتوقع حدوث أى ضرر للعين من استعمال هذه المحلولات مع العلم بأنه لا دواء أحسن من نترات الفضة فى هذه الحالة ويلزمنا الالتجاء لها ان لم نجد تحسينا بينا من استعمال المحلولات الأخرى وبهذه الطريقة تشفى جميع الأحوال التى تعرض علينا فى بداية المرض شفاء تاما ولكن قد تبقى سحابة بسيطة فوق القرنية واذا اعترى المريض بعض ارتفاع فى الحرارة فيحسن استعمال مكمدات مثلوجة على العين أما اذا ظهر تقرح فى القرنية فيلزم تقطير محلول الأتروبين بنسبة $\frac{٢}{١٠٠}$ مرة كل يوم مع الاستمرار على العلاج السابق لأنه يمنع لوقت ما التهاب الحدقة أو قذفها للخارج .

إن قذف (طلوع) الحدقة أمر يستوجب العناية فاذا قذف جزء صغير منها فربما ساعد على عدم امتداد الالتهاب الى الداخل أما اذا قذف جزء كبير منها فهناك الفرصة لامتداد الالتهاب للغرفة الأمامية فالمسألة لطبيب الرمد هى :

هل يترك القذف البسيط للحدقة ليلتئم من نفسه ؟ وهل تعمل عملية جراحية فى حالة القذف الكبير للحدقة ؟

وفى كلتا الحالتين يا ترى ماذا تكون النتيجة هل تنتهى الحالة بسحابة بسيطة أو سحابة ملتصقة بالقرنية أو بزر بسيط أو بزر بارز ؟ إن التجارب برهنت فى حالة حضور المريض فى بدء الاصابة أن كل شىء

ينتهى على ما يرام بدون مضاعفات لأن نسبة حالات تقرح القرنية عند الأطفال أقل بكثير من الذين هم فى سنّ المراهقة .

التهاب الملتحمة السيلانى فى سنّ المراهقة — يحدث ذلك كنتيجة عدوى موضعية مباشرة (كما قد يحدث من إهمال المصاب بالسيلان لنفسه) أو بالواسطة الدورية وتكون نتيجة حمل الجونوكوك بواسطة الدم (فى الدورة الدموية) فى الملتحمة نفسها ومن حسن الحظ أنه مع كثرة عدد مرضى السيلان يندر جداً إصابة الملتحمة به سواء بالعدوى المباشرة أو العدوى الدورية .

إن عوارض الاصابة فى سنّ المراهقة هى نفس العوارض التى تحدث فى إصابات الأطفال غير أنها عادة تكون فى عين واحدة ويحدث الثقب بنسبة أكبر وتنتهى عادة بما لا يسرّ .

التشخيص — إن محور التشخيص ينحصر فى إيجاد الجونوك فى الافراز تحت المجهر — فانتفاخ الجفون وشكل الملتحمة الملتهب لا يمكن أن ينساه الرمدى بعد رؤيته مرة واحدة فالألم والانتفاخ وتحجر (زغللة) العين يتلو ذلك الافراز الصديدى ثم يبدأ بالانحلال فيقل الافراز وانتفاخ الجفون غير أنها تبقى منقلبة مع قليل من الورم .

وقد يتضاعف المرض بنفس المضاعفات التى تحصل للاطفال ولاشك أنها تكون أشد وطأة فى سنّ المراهقة فتتقرح القرنية وتثقب وتقذف الحدقة للخارج مع التهابها فى هذه الحالة وقد يحدث التهاب فى جميع أنسجة العين ينتهى بها الى الضمور .

العـــلاج — يعالج بطريقـة علاج المرض عنـد الأطفال تمـاما فتغسل العين ثلاث مرات أو أربعة يوميا بمحلول برمنجانات البوتاسيوم المخفف بنسبة $\frac{1}{6000}$ أو محلول السليمانى بنسبة $\frac{1}{10000}$ أو ماء البوريك — ولوجود الورم فى الأجفان يحسن استعمال المباعد للاجفان فى وقت الغسل وينصح المريض بازالة الافراز عنـد التقاء الجفون كلما تكوّن بإسفنجة مبتـلة من محلول السليمانى بين أوقات الغسل وبما أن تقرح القرنية هو أوّل ما يصيب المريض من المضاعفات يجب على الطبيب ألا يهمله فى أوّل ظهوره ومن الممكن أن يلجأ الطبيب الى وضع قرص من الفلورسين $\frac{1}{250}$ فى العـين للتأكد من وجود القرحة أو عدمها — فتلون القرحة إذ ذاك بلون أخضر ونظرا لكونه مصحوبا بالتهاب فى الحدقة يحسن استعمال قطرة الاتروبين مرتين فى اليوم ويستعان على تسكين الألم باستعمال مكمدات مثلوجة أو تركيب الدود الرومى فوق الصـدغ الذى فى جهة العين المصابة ويشير بعضهم بحقن فاكسين بنسبة ٥, الى — سنتيمتر مكعب واحد من اللقاح المخزون (المجهز) مرة فى العضلات كل أربعـة أيام أما اذا كان تورم الأجفان شـديدا فقد يلجأ الى عمـل شقين متعامدين فيساعد ذلك على تصريف الورم ويشـير بعضهم بكى القرحة نفسهـا بحمض الفنيـك بخفة خوفا من امتدادها ومهما يكن من طريقة العلاج المتبعة فالمهم هو غســل العين والمس بمحلول نترات الفضـة بنسبة $\frac{2}{100}$ للجفون ولا تهمل صحة المريض العمومية بتنظيم الغذاء .

التهاب الملتحمة السيلانى الدورى — هو أخف وطأة منه فى حالة نقل العدوى المباشرة وهو مسبب عن نقل الجونوكوك بواسطة الدورة الدموية الى الملتحمة ولذا يغلب على الظن أن تكون الاصابة مزدوجة ولا بد من الفحص عن وجود الجونوكوك بالمجهر للتأكد من التشخيص ويحسن التقطير بمحلول سلفات الزنك بنسبة ١/٣٠٠ الى ١/٢٠٠ وفى بعض الأحوال بحقن مقدار ٠,٢٥ الى ٠,٥ من الكتراميين مرة كل أربعة أو خمسة أيام فيشفى المريض .

التهاب الحدقة السيلانى — قد يخطئ الطبيب فى تشخيصه مسميا إياه بالتهاب الحدقة الروماتزمى نظرا لتقادم عهد السيلان بالمريض ونسيانه وهو من أشد مضاعفات السيلان الدورى مقاومة للعلاج ويكون حدوثه عند السيدات أكثر منه فى الرجال وقد يصحبه عادة روماتزم مفصلى سيلانى دورى ونتيجة فحص الدم على طريقة وازرمان للسيلان إيجابية ويعزو بعضهم سببه الى التسمم السيلانى ولذا يتحتم إعطاء حقن الفاكسين التى تأتى بنتائج حسنة فى كل هذه الأحوال .

العوارض — هى عوارض التهاب الحدقة الخفيف الوطأة نفسها فيشكو المريض ألما فى العين وعند الحاجب واضطرابا مع (زغللة) .

ذرف الدموع — وتبدأ عادة بعين واحدة ولا مانع من أن ينتقل فى الأخرى ونجد الأوعية التى حول القرنية محتقنة والحدقة منقبضة وربما تلتصق بالعدسة وتحصل كثافة (عتامة) فى القرنية .

التشخيص — إن العثور على إصابة أخرى بالسيلان فى أعضاء الجسم هو المتمم للتشخيص و إلا فيحقن المريض بفاكسين السيلان حتى اذا حصل تفاعل تأكدنا من سبب المرض .

العلاج — يلازم المريض الفراش ويخفف الغذاء فى الأحوال الشديدة ويعطى ملينات خفيفة للأمعاء إن أظلام الحجرة يؤثر فى نفسية المريض فيحسن تجنبه ويلبس مظلة على الرأس لتسمح له بالنظر الى أسفل وتحجب نظره عن باقى الجهات وتستعمل ضمادات ساخنة و يعطى أقراصا من الاسبرين بمقدار نصف جرام ثلاث دفعات يوميا لتخفف الألم و يقطر من الأتروبين (بنسبة $\frac{1}{100}$) مرتين فى اليوم لتمنع الالتصاقات ويلزم معالجة مركز السيلان الأصلى ببطء فذلك البروستاتة الشديد أو دلك قناة مجرى البول قد يزيدان فى المضاعفات .

ويحقن الفاكسين بحذر فيعطى عشرين مليونا كل ثلاثة أو أربعة أيام مرة حسب درجة التفاعل ويحقن الكنترامين فى العضلات وهو يعطينا فى بعض الأحوال نتائج باهرة أما حقنه فى الوريد فقد يسبب ارتفاعا فى درجة الحرارة يتبعها هبوط شديد وينصح بعضهم باعطاء يدور البوتاسيوم بنسبة ٠٫٦٠ جراما فى الجرعة ثلاث مرات يوميا .

وقد ينكس المرض مرارا و ينتهى بالغلوكوما (المياه الزرقة) وان لم يعمل عملية جراحية فى الوقت المناسب تنتهى الحالة بفقد البصر فيجدر بنا معالجة أول اصابة بنشاط وهمة ثم مواصلة العلاج السيلانى للمركز الأصلى و إلا تعرض المريض للضاعفات المذكورة .

القسم الخامس

البكتريولوجيا

تشخيص الزهرى فى المعمل

إذا التبس علينا التشخيص فى أى حالة زهرية يجب أخذ مثال (عينة) من الدم والفحص عنها على طريقة وازرمان وفى حالة وجود القرحة الأولية الصلبة يجب فحص مثال منها للتحقق من وجود الأسبيروشيت .

وفى حالة إصابة المجموع العصبى يلزم الفحص عن مثال (عينة) من سائل النخاع علاوة على الدم .

نعم ان نتيجة وازرمان الايجابية لا نحصل عليها قبل مضى خمسة أسابيع من تاريخ ظهور القرحة عادة (واو أن بعضهم يقول : إنه ربما تاتى ايجابية بعد أسبوعين فقط من تاريخ ظهور القرحة) غير أن هذا لا يمنعنا من بحث الدم وبحث القرحة موضعيا لمعرفة وجود الاسبيروشيت فان لذلك أهمية عظمى فى معرفه نوع الاصابة والمبادرة بالعلاج قبل ظهور العوارض النظرية وقد لا نعير المدة التى يخبرنا عنها المريض بوجود القرحة أى التفات .

البحث عن الاسبيروشيت فى القرحة

لا تلمس القرحة بيـدك العارية بل أرشـد المريض بمساعدتك بأن يضع يده فى الموضع الذى تراه موافقا لك وذلك بعد خلع الغيار وتنظيف القرحة بالاسفنج الجاف تنظيفا جيـدا وقد يحسن أحيانا دهن القرحة بمحلول النوفوكايين بنسبة $\frac{٤}{١٠٠}$ لتخفيف الألم المحتمل حصوله أثناء التنظيف (ثم إزالتـه بعد انتهـاء التنظيف باسفنجة جافة) ثم نكحت حافة القرحة ووسـطها باسفنجة جافة لتندى بمصل بسيط ويتجنب على قدر الاستطاعة وجود دم ثم يؤخذ هـذا المصل على شريحتين من الزجاج وتبحث احداهما بالضوء المظلم والأخرى تكون بطريقة رومانسكى وتفضل الطريقة الأولى فى العيادات الكبيرة لسرعتها وسهولتهـا اذا تيسر وجود الجهاز اللازم للفحص (ولسنا فى حاجة هنا لشرح هذا الجهاز لكثرة تداوله بيننـا) .

وأما فى العيادات الصغيرة فيحسن تلوينها بالطريقة الآتيـة

تؤخذ مثال (عينة) سميكة من المصل الذى بالقرحة فى نقطتين وسط شريحة من الزجاج المعقم بشـكل حلقى ثم تثبت فوق اللهب (يحسن أخذ عينتين فى آن واحد) .

(١) تنقع الشرائح فى الكحول النـقى لمدة عشرين دقيقـة أما اذا صببنا الكحول النقى فوق الشريحة فيحسن تكرار ذلك مرة كل دقيقتين فى مدة العشرين دقيقة .

(لوحـــة نمرة ٤٢)



(١) الاسبيروشيت بوليدا — تلوين جيمسا .

(٢) الاسبيروشيت بوليدا — تلوين بذرات الفضة .

(٢) يعمل مزيج من تلوين جمسا بنسبة واحد فى عشرة فى الماء المقطر ثم يوضع جزء منه على الشريحة لمدة ساعة ويغير السائل مرة أو مرتين فى أثناء الساعة .

(٣) تغسل الشريحة بماء مقطر ثم تجفف الشريحة وتبحث بالمجهر ولا يشترى تلوين جمسا مخزونا ولكن يحسن عمله كالآتى :

أزور ٢ — إيوسن	٣،٠	أجزاء
أزور ٢	٠،٨	«
جلسرين (مرك) نقى	٢٥٠	جزءا
كحول نقى	٢٥٠	جزءا

على هذه الطريقة تلون الاسبيروشيت بوليدا باللون القرنفلى الوردى وما عداها باللون الأزرق ويلاحظ فى الاسبيروشيت الزهرية ما يأتى — :

رقة الاسبيروشيت المتناهية بانتظام ومتانة اللولب الذى لا تزيد طياته عن السبعة وبطبيعة الحال يحتاج الطبيب الى كثير من التمرن والتعود لرؤيتها ومعرفتها ومع التمرن يعتاد الطبيب عمل هذه الطريقة بسرعة وباتقان ويلزمنا فى حالة الاشتباه أن نعتبر النتيجة سلبية فاذا كان المصل مأخوذا من قرحة زهرية فى أعضاء التناسل فمن المؤكد أن نرى أمثولة الاسبيروشيت الزهرية أما اذا كان من الشفة مثلا فقد نرى اسبيروشيتا مماثلا لها تماما ولكن ليس هو اسبيروشيت الزهرى .

تفاعل وازرمان

يرتكز تفاعل وازرمان خاصة على قدرة مصل الدم الزهرى فى امتصاص التكامل (Complement) المصحوب بالمواد الدهنيـة القابلة للذوبان فى الكحول أو الاثير (Lipoid) ونجد ذلك فى خلاصة كحولية من عضل القلب السليم محتقنة بمحلول ملحى وممتزجة بمصل مريض بالزهرى . سبق إعدام خاصيه قوة التكامل التى به بواسطة الحرارة ويستعاض عنه بمصل جديد مأخوذ من دم خنزير هندى وكل ذلك بنسبة متناسبة معلومة ونجد هذا التكامل مفقودا بعد حفظ المزيج فى حرارة جسم الانسان فى الجهاز الخاص لذلك (Incubator) مدّة من الزمن .

أما فى حالة أخذ مصل من شخص ليس مريضا بالزهرى فلا يفقد التكامل ويلاحظ أن التكامل درجات فمثلا مريض الدرجة الثانيـة من الزهرى الذى لم يأخذ علاجا قط نجد فقد قوة التكامل عنده أكثر بكثير من المريض الذى عولج علاجا جزئيا ويمكن معرفة درجات هـذا التكامل باضافة قليل من الكرات الحمراء ذات الاحساس فوق العادة محضرة بطريقة خاصة بنسبة خاصة بعد ظهووره .

ان عمل هذا الفحص يجب أن يكون مصحوبا بدقة ومهارة خاصة ولا يلزمنا الاعتماد على نتيجة ما لم تكن عملت بواسطة أناس معتادين عمله دائمـا فى المعامل وقد وجد بعض التعديل فى عمـل الطريقـة نفسهـا ولكنه دائما يحتاج الى أشخاص مهرة فى هذا الفن فيحسن بنا الاقتصار على

طريقة واحدة وفى الامكان الاطلاع على هذه الطرق وتشعبها فى الكتب الخاصة بها .

كيف تؤخذ (عينة) أمثلة الدم للفحص

ينتخب وريد فى ثنيـة الذراع عنـد المرفق ويضـغط على الأوردة العضدية باليـد أو برباط بسيط ثم يطهر المكان بصبغة اليود أو البنزين ويكون الذراع منبسطا ويوخز بابرة مناسبة فى أحد الأوردة بالطريقة المعتادة ويجمع ما يسـيل من الدم فى أنبوبة اختبار معقمـة وجافة ويكتفى بأخذ خمسـة الى عشرة سنتيمترات مكعبة واذا لم يكن فى النيـة فحص هـذا المثال (العينة) فى اليوم ذاته فمن الممكن وضع الدم فى جهاز حرارته ٣٧° (incubator) لمدّة نصف ساعة حتى يفصل المصل تماما من كرات الدم الحمراء وينقل بواسطة ممص الى أنبوبة اختبار أخرى معقمة وتسدّ سدّا محكما بالجمع مثـلا وبهذه الطريقة نفسها يمكننا ارسال مثـال (عينة) دم من بلد لأخرى .

كيف يؤخذ مثال (عينة) من سائل النخاع للفحص

يلزم إجلاس المريض على منضـدة العمليات بالعرض جاعلا ظهره نحوك ومقربا إليتيه الى حافة المنضدة من جهتك ومرخيا ساقيه ويصح ارتكازهما على كرسى صغير ويحسن أن يقف الممرض أمامه ليسنده ويحسن تقويس ظهره مع إبقاء العمود الفقرى مستقيما غير مائل الى إحدى الجهتين ويلاحظ انحناء رأس المريض الى جهة الممرض مرتكزا بمرفقيه على فخذيه

وبهذه الجلسة تتباعد الأشواك الفقارية وتطول المسافات بينها ويسهل إدخال الابرة فى موضعها ويحسن أن ينتخب المكان الذى تدخل منه الابرة وهو ما بين الفقرة الثانية عشرة الظهرية والفقرة الأولى القطنية ثم يوخز بالابرة الخاصة بعد تعقيمها وتطهير سطح الجلد عند النقطة المنتخبة متجهة الى الأمام والى الأعلى قليلا الى أن تصل الى التجويف العنكبوتى فتسحب سدادة الابرة ويجمع نحو العشرة السنتيمترات من السائل فى أنبوبة معقمة وتسحب الابرة ذاتها ويسد مكانها بقليل من الكلوديون وينصح المريض بالاستلقاء على ظهره مدة أربع وعشرين ساعة وقد يرى بعضهم أن تدخل الابرة فيما بين الفقرة القطنية الثانية والفقرة الثالثة ليؤمن وخز النخاع نفسه .

ولسهولة تعيين المكان يرسم خط فيما بين أعلى الحرقفتين مارا بالأشواك القطنية ويمر عادة فى هذه المسافة ولا يفوتنا أن نذكر أنه قد تسيل عدة نقط من الدم قبل السائل النخاعى فلا بد من أخذ السائل الخلى من الدم فى أنبوبة أخرى .

يفحص هذا السائل من أجل ثلاثة أشياء :

(١) تفاعل وازرمان على نفس طريقة فحص الدم للتفاعل المذكور

(٢) فحص الخلايا ، يركز قليل من السائل بواسطة آلة تركيز السوائل (Centrifuge) ويؤخذ قليل من الراسب على شريحة من الزجاج وتلون باحدى الطرق الخاصة بتلوين الدم مثل تلوين ليشمان — فنجد

أن السائل الطبيعى خال من الخلايا أو به خليتان أو ثلاث فقط فى نقطة كبيرة منه أما فى حالة عدوى الزهرى فنجد خلايا صغيرة بكثرة خصوصا من نوع الخلايا اللمفاوية الصغيرة وتوجد جهازات كثيرة بطرق مختلفة للتحقق من عدد الخلايا ونسبتها للسائل وأحسنها طريقة دونالد التى لها ممص مدرج قطره نمرة ٨٠ (مورس) — وبذلك يستطيع الطبيب أخذ نقطة واحدة قطرها $\frac{1}{2}$ ٧ ملليمترات مكعبة ثم تثبت بالحرارة على شريحة الزجاج وتلون على طريقة ليشمان — ثم تعد الخلايا ثم يقسم العدد على $\frac{1}{2}$ ٧ ليعطينا عدد الخلايا التى بالمليمتر المكعب الواحد مع العلم بأنه يحتوى على أكثر من خمس خلايا فى الأحوال الطبيعية وأما فى المصابين بالشلل الجنونى العام فقد نجد به أكثر من المائة .

(٣) البروتين (المادة النتروجينية) — يضاف خمسة سنتمترات مكعبة من الكحول النقى الى مثلها من السائل النخاعى فى أنبوبة آلة التركيز مع الاحتياط لعدم امتزاج الكحول بالسائل وقد نرى عادة الخط الفاصل بين الاثنين فى الأنبوبة أما فى الأحوال الزهرية التى تزيد فيها المادة النتروجينية نسبيا فنرى حلقة معتمة عند الفاصل وبعد امتزاجهما نجد السائل مكبرا جدا فى الأحوال الزهرية وذا عتامة خفيفة فى الأحوال غير الزهرية .

تشخيص السيلان فى المعمل

تختلف طريقة الفحص فى الأحوال الحادّة عنها فى الأحوال المزمنة وكذا تختلف أيضا مع الرجال عن النساء .

عدوى السيلان الحادّة

بما ان عملية الفحص المجهرى لميكروب السيلان بسيطة جدا كما أنه لا يعزب عن بالنا أن التهاب قناة مجرى البول المشابه للسيلان كثيرا مايحدث بعد مدّة تشبه مدة حضانة السيلان ذاته ولذا يلزم عمل الفحص لايجاد الميكروب فى كل حالة التهاب مجرى حادّ قبل البت فى التشخيص ويحسن بنا دائما أن نأخذ مثالين (عينتين) كل مثال (عينة) على شريحة خاصة من الزجاج بواسطة سلك البلاتين (لا بالقطنة كما يفعل بعضهم) لأن التشخيص ليس بالتلوين فقط وإنما هو بعلاقة الميكروب بهذه الكرات البيضاء فاستعمال القطنة يهدم هذه العلاقة بتمزيق هذه الكرات ويجعل تكوين الفكرة عن علاقتها بالميكروب أمرا محالا ويلزمنا نشر المثال (العينه) فى وسط الشريحة على شكل دائرى أو بيضى ثم تجفف الشريحة على اللهب وتلوّن على إحدى الطريقتين .

(١) الشريحة الأولى — تغطى المثال (العينة) بمحلول تيونين الفنيك لمدّة دقيقتين ثم يغسل بماء عادى وتجفف ثم تفحص بالمجهر .

يعمل محلول تيونين الفنيك كالآتى :

يركز التيونين فى المحلول بنسبة ٥٠ ٪ من التيونين فى الكحول وتحفظ فى حرارة الانسان فى الجهاز المختص بذلك — (Incubator) لمدة أسبوع ثم تصفى وتخزن للاستعمال .

محلول التيونين ... ... ٫١٠ جرامات

حمض فنيك بللورى ... ... ٫١ جرام

ماء مقطر ... ... ٫٩٠ جراما

(٢) الشريحة الثانية — طريقة جرام . ضع قليلا من محلول الأنيلين الجنتيان البنفسجى على الشريحة لمدة خمس دقائق ثم اغسلها بالماء العادى .

ضع عليها قليلا من يود جرام لمدة نصف دقيقة واغسل فى الكحول حتى يزول اللون الأزرق ثم تخفف .

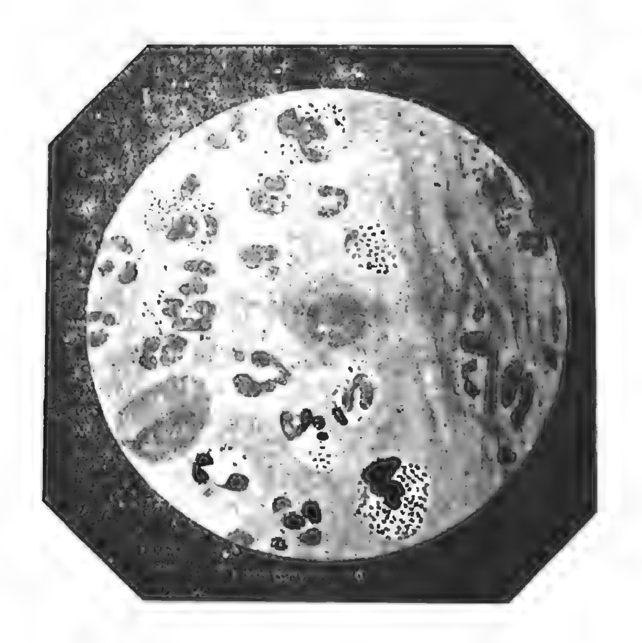
ضع قليلا من فوكسين الفنيك المخفف بالماء العادى لمدة دقيقتين .

تغسل الشريحة بالماء العادى ثم تخفف وتفحص .

نجد لون ميكروبات جرام الايجابية أزرق وأما فى السلبية فأحمر .

وهناك طرق أخرى معدلة لطريقة جرام ممتازة بكثرة تعداد تلوين الكرات والأنسجة لا يتسع المقام هنا لشرحها .

يعطى الجونوكوك نتيجة سلبية فى تلوين جرام وهو ميكروب ذو شكل نصف دائرى مزدوج مع العلم بأن قطرى القوسين متقابلان والقسم الدائرى متجه لى السطح الخارجى ويكون غالبا داخل الخلايا كما قد يكون خارجا عنها وكثيرا ما نجد فى الشريحة الواحدة ميكروبات أخرى مشابهة له ومزدوجة ومن أهم مميزات شريحة السيلان أن خلاياه متعددة النواة خفيفة التلوين مع شدة تلون باقى جسمها وممتلئة بالجونوكوك المزدوج مع طهارة باقى الخلايا من الجونوكوك وينشأ هذا



(شكل ٨٠) الجونوكوك داخل الكرات البيضاء — مأخوذ من حالة حادة

الشكل عن توالد الجونوكوك داخل خلية مختقنة والطبيب ذو الفكرة الواسعة لا يجد صعوبة فى الاستدلال على الجونوكوك ولذا لا يحتاج الى تلوين الشرحتين بالتلوين العادى ولكن يلزم الطبيب المبتدئ أن يستعمل تلوين جرام فى كل حالة خوفا من وقوعه فى الخطأ .

العدوى السيلانية المزمنة

الأحوال المزمنة هى أحوال المرضى الذين لا إفراز عندهم ظاهريا أو المصابين بمضاعفات كالروماتزم مثلا ولذا تختلف طريقة الفحص عند النساء عن الرجال .

إن أخذ الأمثلة من المهبل حسبما اتفق لا تغنى فتيلا ولا بد من اتباع الطريقة الآتية :

يلزم إيقاف كل علاج مستعمل مثل المس بنترات الفضة أو الغسل بمحلول مطهر أو إعطاء الفاكسين الخ قبل أخذ المثال بيومين على الأقل . كما أنه يجب أن توصى المريضة بحبس البول مدة خمس ساعات أو ست قبل الفحص ويسمح للمريضة بالتبول بعد أخذ المثال ويفحص البول على الطريقة المتبعة للرجال ولو أنه فى هذه الحالة لا يعطينا نتائج قطعية نظرا لقصر طول المجرى الطبيعى كما أنه قد لا يصاب بالعدوى .

يستعمل دلك خفيف تحت المجرى لاخراج أى افراز يكون مجتمعا به وتؤخذ شريحتان منها بواسطة السلك البلاتين كما أوضحنا ولا بأس

من فحص قنوات إسكين أيضا وأخذ أمثلة (عينات) منها ثم يدخل المنظار المهبلى ويطهر العنق ويزال أى افراز ظاهر عليه وتؤخذ الأمثلة من داخل العنق ولا يعزب عن بالنا فحص غدد بارث حتى اذا وجدنا بها افرازا يحسن أخذ أمثلة منها أيضا .

تلون هذه الشرائح على الطريقة السابقة أى نصفها بتلوين جرام والنصف الآخر بتلوين تيونين الفنيك .

قد نجد من السهل العثور على الجونوكوك فى الأمثلة (العينات) المأخوذة من قناة مجرى البول ونجد بعض الصعوبة فى إيجادها فى الأمثلة (العينات) المأخوذة من العنق ومن أصعب الأمور إيجادها فى المأخوذة من المهبل .

وتستعمل طريقة الزرع أيضا — فيجب فحص الزرع بعد مضى أربع وعشرين ساعة عليه فى الجهاز الحافظ لحرارة ٣٧° س فنأخذ أحد البثور الدقيقة ذا العتامة القليلة بحامل لسلك البلاتين ونمزجها بنقطة من الماء المقطر على شريحة من الزجاج وتلوينها بالطريقة السالفة الذكر . واذا لم نجد أى بثور بعد مضى الأربع وعشرين ساعة يلزمنا ترك الزرع فى الجهاز لمدة أخرى وبطريقة الزرع قد نحصل على نتائج ايجابية للجونوكوك لم نكن لنحصل عليها فى بعض الأحوال بالطرق الأخرى — فضلا عن أن نتائجها السليمة تعزز موقفنا بعد الفحص العادى .

على أنه لا يمكننا الاقتناع بنتيجة سلبية واحدة بواسطة الزرع ما لم تعزز بمثليها من افراز العنق .

الذكور

يلزمنا إيقاف العلاج بالآلات يومين قبل الفحص وإيقاف الغسل بالمطهرات لمدّة يوم على الأقل قبله نعم إن إدخال الآلات فى المجرى قد يحدث تهيجا موضعيا كما لو حقناه بمحلول مركز من نترات الفضة بنسبة $\frac{٢}{١٠٠}$ ولكن بعضهم ينصح بعدم استخدام هذه المهيجات إلا بعد الحصول على نتائج سلبية من الفحص الأولى والاقتناع الجزئى من سير المرض وعدم وجود عوارض ظاهرية فعند ذلك يمكننا استخدام ماذكرنا فقط لتسهيل الفحص والسماح للمريض بتعاطى بعض المواد الكحولية للغرض نفسه ويحسن أن يرشد المريض الى عدم التبوّل عند القيام فى الصباح بأن يحبس البول لغاية ساعة الفحص ثم يدلك المجرى وتؤخذ أمثلة (عينات) على شرائح من الزجاج كما يؤخذ بعض الأفراز للزرع .

ثم ندع المريض يتبوّل فى كأس مقدار مائة سنتيمتر مكعب من البول فقط (ويسمح للمريض أن يتبوّل بقية البول فى المرحاض) ، فاذا كان به خيوط التقطنا أحدها بالسلك البلاتينى ووضعناه على شريحة من الزجاج للتلوين والتقطنا آخر للزرع ، أما اذا لم نجد به خيوطا فيحسن تركيز البول وعمل ذلك من الراسب .

ثم ندلك البروستاتة ونأخذ من سائلها أمثلة وزرعا أيضا ونفحص عن جميع العينات بالطرق السالفة الذكر ، فاذا وجدنا كرات صديدية بكثرة ولم نجد غيرها وجب علينا تكرار الفحص بنفس الطريقة المتقدّمة ثلاث

مرات على الأقل ، أما اذا وجدنا الجونوكوك فذلك قد يكون فى الأمثلة (العينات) الأولى ، وقد روى بعضهم أنه لم يجد الجونوكوك بعد الفحص ثلاث دفعات ووجده مع الفحص فى المرة الرابعة ولكن هذا نادر وبعيد الاحتمال وبعضهم ينصح بأن يبحث الدم على طريقـة وازرمان للسـيلان ولكن من المؤكد أن نتائج هـذه العملية ليست مرضية تمـاما كما هى فى حالة الزهرى ، وبالضرورة لابأس من الالتجاء اليها فى بعض الأحوال مع الحرص الكافى فى اعتبار نتائجها .

ملاحظـــة — ينمو زرع الجونوكوك على الآجر المطعم بالدم ، وذلك بأن يؤتى بأنبوبة آجر معتـادة ثم تؤخذ نقطة دم من أصبع الانسان على سلك البلاتين وتفرد على الآجر داخل الأنبوبة ثم يزرع الجونوكوك ، ولا يخفى أنه توجد وسـائط أخرى لزرع الجونوكوك ليس هنـا مجال لشــــرحها .

الجزء الثانى

الأحــــوال الاجتماعيـــــة والادارية

الفصل الأول

الأمراض الزهرية فى الهيئة الاجتماعية

مقدمة

لا ينكر أنه فى السنين الأخيرة اشتدت الحملة الأدبية والخطابية والفنية ضد الأمراض الزهرية ، فألفت الكتب وتألفت الجمعيات وفتحت عيادات خاصة بهذه الأمراض فتوجه نظر العام والخاص اليها ، ووجهت حملات شديدة لمقاومة هـذه الأمراض بقصد إضعاف نسبة وجودها فى المجتمع الانسانى . ومن المؤكد أن هـذه الأمراض لا تقع تحت نظر كثير من زملائنا الأطباء ولذلك يرون أن ما اتخذ من العدة لمقاومة هـذه الأمراض كان كثيرا جدا بالنسبة اليها ، وقد يكون من المستحسن ذكر بعض إحصائيات ثابتة لا شك فى صحتها ليشعر زملاؤنا بما نشعر به من وطأة هذه الأمراض فى المجتمع وليحيطوا علما بما لها من قوة فى مصالح المجتمع وليكون الطبيب فى المركز الذى يليق به حين يسأل من الجمهور ،

وهل الحملة التى وجهت ضدّ هذه الأمراض مبالغ فيها ؟ وهل فتك هذه الأمراض بالمجتمع يبرر قوة الحملة ضدّها ؟ وفى الحقيقة يلزم كل طبيب (خصوصا الذين يشتغلون فى هذه الأمراض) أن يوجه قليلا من عنايته للوقوف على فكرة صحيحة بنسبة انتشار هذه الأمراض ونتائجها من الوجهتين الصحية والاجتماعية حتى يكون على علم بما قد يحصل لتخفيف وطأتها ويعدّ من المسائل المسلم بها أن الطبيب والأديب يشتغلان كتفا لكتف لمحاربة هذه الأمراض والوقوف على سرعة سيرها فى المجتمع فمن المؤكد أن الطبيب قد يرشد الأديب الى شدّة وطأة هذه الأمراض فى المجتمع كما أنه من المؤكد أيضا أن الأديب يستفز همة الطبيب أحيانا لمقاومتها فنيا ، وليعلم الطبيب والأديب أنهما لا يضيعان وقتهما عبثا بل بالعكس هما ينقذان عدّة ملايين من الأنفس تذهب ضحية هذه الأمراض سنويا مع الأسف من وراء الستار .

ملاحظات انتشار الأمراض الزهرية وملخص عن نتائجها

إن مرض الزهرى يحدث كثيرا من الدمار فى الأسرة حيث يأخذ الدرجة الثالثة تقريبا فى أسباب الوفاة مع أنه فى الامكان منع انتشاره ، لأن نسبة انتشار مرض السيلان فى المجتمع هى ثمانية أضعاف الزهرى وأن ما يحدثه من المصائب والكدر فى الأسرات معروف لكل طبيب ولكل مصاب ومن المؤكد أن إحصائية الوفيات المسببة عن هذا المرض كبيرة

وقد استنتج بعضهم أنها قد تكون حول $\frac{٣٢}{١٠٠٠٠٠}$ فى المائة ألف كما هو موضح بشهادات الوفيات أما اذا أمكننا إحصاء أسباب الوفاة الناشئة عن سبب غير مباشر كخراج فى الحوض — التهاب بريتونى — تسمم دموى الخ — فلا شك أن هذه النسبة تتضاعف ، وذلك مع العلم بأن السيلان مسبب لثلثى أمراض النساء فنحن لا نطلب تعاضد أطباء الأمة ضدّ هذا المرض فقط ، وانما نطلب تعاضد أطباء وأدباء جميع الأمم لمحاربة هذا المرض ، ومن المحزن أننا لم نر للآن شبح هذا التعاضد فى المجتمع الانسانى ، حقيقة إن جهودا كثيرة هنا وهنالك منصرفة لمحاربة انتشار هذا المرض والوقاية منه ولكن مما لا شك فيه أنه لا توجد إحصائيات عالمية تنشر من وقت لآخر لترشد الجمهور وتحذره من فتك هذا المرض به فكيف يمكننا إظهار قوّة فتك هذا العدو الكامن فى المجتمع وكيف يمكننا معرفة ثمرات جهودنا نحوه ، أهو الغالب أم نحن الغالبون ؟ .

يجب أن تهتم كل مملكة بعمل جمعيات ومؤتمرات خاصة لهذه الأمراض فى دائرتها ويحسن أن تتصل هذه الجمعيات بعضها ببعض فى الممالك الأخرى وإيجاد قانون دولى أو اتحاد دولى كاتحاد البريد مثلا يحارب بكل ما أوتى من وسائل فنية وغيرها انتشار هذه الأمراض كما يجب أن يعمل اتفاق دولى صحى ضدّ كل مملكة لا تريد أن تشترك اشتراكا فعليا (بصرف النظر عن الوجهة السياسية) فى الاتحاد الصحى العام ، حتى لو استعصى الأمر بعد ذلك يعمل نطاق صحى للوقاية من هذه الأمراض كما يعمل للطاعون وغيره ولكن لكل شىء عدّته ، وسأذكر هنا بعض

إحصائيات تقريبيــة لترينا مثلا صغيرا لقوة هــذه الأمراض على الفتك بالمجتمع ، وأرى على العموم أن الجمهور لم يقدر ما لهذه الأمراض من القوة والانتشار والفتك بنا .

(١) انتشار الأمراض الزهرية

قد أشار أحد تقارير الجمعيــة الطبية الملوكية البريطانية بأن نســبة الأشخاص المصابين بالزهرى (المكتسب والوراثى) لا تقل عن ١٠ ٪ من مجموع سكان المدن الكبيرة ، ومن المؤكد أن نسبة اصابات السيلان قد تبلغ خمسة أوستة أضعاف النسبة الزهرية ولذا يوجد فى مدينة لندن وحدها (ويبلغ عدد سكانها ســتة ملايين) ستمائة ألف شخص مصابين بالزهرى ونحو نصف عدد السكان مصابين بمرض السيلان ووجد أن نسبة الوفاة بالزهرى هى ٦٦ ٪ من مجموع المتوفين ، ولا يبعد أن يكون فى الولايات المتحدة الانكليزية ما يبلغ أربعــة ملايين من الأنفس مصابين بالزهرى كما يوجد مائة ألف إصابة زهرية جديدة كل سنة ، أما إصابات السيلان فهى خمسة أو ستة أضعاف أو ما يقرب من جميــع السكان تقريبا الذين هم فى سن الخامسة عشرة والثلاثين .

وليس من المدهش أن نجد النسب متساوية تقريبا فى أغلب الممالك ، ففى الولايات المتحدة الأمريكية تدل الاحصائيات العامة على وجود نحو العشرة فى المــائة من السكان مصابين بالزهرى ونحو ٥٠٪ الى ٦٠٪ من السكان البالغين مصابين بمرض السيلان فقد ورد فى التقرير الصحى

الاجتماعى لسنة ١٩٢٠ أنه وجد ٤٧٤ ٣٨٠ اصابة زهرية من أول أغسطس سنة ١٩١٨ الى أول يناير سنة ١٩٢٠ فى ولاية تكساس وبعبارة أخرى تعادل هذه الاصابات بنسبة ٦٤٪ من مجموع جميع الأمراض وقرر فورنيه أنه فى باريس يوجد نحو من ١٥ ٪ من السكان البالغين مصابين بالزهرى أيضا .

وقرر نيسر أنه يوجد ١٢ ٪ من السكان البالغين فى مدينة برلين مصابين بالزهرى أيضا .

١

نتائج الأمراض الزهرية الباتولوجية

(ب) الوفيات

تأييدا لما ذكرناه الآن نقول : إن الاحصائيات الرسمية لانكلترا تشير الى أن ٨٩ وفاة بالزهرى حصلت فى كل مليون وفاة فى سنة ١٨٧٥ ومن ذاك الحين أخذت النسبة فى الهبوط لغاية سنة ١٩١٠ حيث كانت ٤٦ وفاة فى المليون . ثم إن الهبوط فى نسبة حالات الوفاة لا يدل فى حال من الأحوال على نسبة وجود المرض بل بالعكس ، فكثيرا ما يكون سبب الوفاة مرض الزهرى ولا يذكر الطبيب شيئا منه حرصا على إحساس الأسرة ، فيكتب سبب الوفاة أى مرض من الأمراض الناشئة عنه فمثلا ان الأتاكسى والشلل العام للمجانين لها علاقة متينة بمرض الزهرى ، فذكرهما كاف للدلالة عليهما ، كذا عن أنيورزم الأورطا ، كما أن

فى الأطفال لفظة الضعف الموروث لا تدل على مرض سوى الزهرى ؛ واننـا لا ننكر أن التقـدّم الفنى فى وسائل العلاج خلص كثيرا ممن كانوا يموتون ضحية هذا المرض فيتحد معنا القارئ فى أن النقص فى نسبة الوفاة لا يدل على شىء كثير من جهة التحسن .

الاحصائيات الرسمية عن حالة الوفاة بسبب الزهرى فى انكلترا :

	سنة ١٩١٧	١٩١٨	١٩١٩
الزهرى...	٢١٢٧	١٩٩٤	١٨٥٧
الشلل العـام	٢٣٦٢	٢٠٧٣	١٦٠٨
الأتاكسى...	٧٥٧	٦٨٥	٦٦٣
الأنيورزم	٩٩٥	٨٦٤	٨٩١
السيلان	٤٠	٤٣	٤٤
الرمد الصديدى السيلانى	٤٥	٤٨	٤٥

ففى سـنة ١٩١٩ وجد أن الوفيـات من الزهرى ومضاعفاته هى ٤٧٢٢ حالة وقـد حسب بعضهم فى أمريكا أن نسبة حالات الوفاة من مرض الزهرى تبلغ فى الحقيقة تسعة أضعاف الأحوال المعترف بها والمبلغ عنها رسميا فاذا اعتقدنا ذلك جاز لنا أن نضرب ٤٧٢٢ × ٩ = ٤٢٤٩٨ حالة وفاة مسببة عن مرض الزهرى فى انكلترا وجدها فى سـنة ١٩١٩ ومما يؤسف له أن هذا يدلنا على عيوب كثيرة فى التبليغ عن أسباب الوفاة الحقيقيـة .

الاحصائيات الرسمية عن الوفيات فى الولايات المتحـــدة الأمريكانية

إن ما يقرب من ٣٠٠٠ وفاة تحدث سنويا من الزهرى فى الولايات المتحدة الأمريكانية ففى سنة ١٩٠٩ كان الاحصاء السنوى عن الوفيات كالآتى :

	الاحصاء الرسمى	الزهرى نفسه والمسبب عنه
زهـــــرى	٢٨٥٨	٢٨٥٨
التهاب حاد فى المخ	٣٥٥	١٧٧
التابس	١٣٨٦	١٣٨٦
النزف فى المخ	٣٦٤٦٣	١٥٨٠
نعومة فى المخ	١١٢٦	٥٦٣
الشلل	٧٦٦٩	٣٢٧
الشليـل	٢٥٨٤	٢٥٨٤
الأنجاينا...	٣٤٨١	٢٢٥
مرض القلب	٦٥٩٧١	٦٥٩٧
التهاب كلوى	٤٣٤١٢	٤٣٤١
التهاب الأورطا	١٠١٧٤	٥٠٨٧
سرطان فى الفم	١٤٢٧	٧١٣
		٢٦٤٣٨

ومن المسلم به أن كل أحوال الوفاة المسببة عن النقطة والإنجاينا والشلل فى الأشخاص الذين هم أقل من الأربعين فى العمر هى فى الحقيقة

ونفس الأمر أحوال زهرية، ومن المحتمل أيضا أن تكون نسبة ١٠٪ من أحوال أمراض القلب والكلية زهرية، ويرجح أن نصف أحوال الوفيات المسببة عن أمراض الشرايين والتهاب فى المخ أو نعومة به أو سرطان الفم لها علاقة كبيرة بالزهرى (نقلا عن كتاب العلامة حسن سنة ١٩١٩).

وربما أضفنا الى هذه القائمة بعض الوفيات المسببة عن الافتقار الدموى الخبيث فلو أضفنا كل هذه الأحوال الى عدد الاحصاء الرسمى للوفيات الزهرية وهو ثلاثة آلاف حالة سنويا لا نبالغ اذا قلنا إن حقيقة الوفيات هى ثلاثون ألفا لا ثلاثة آلاف فى أمريكا سنويا.

إحصائيات رسمية عن سبب الوفاة فى سويسرا

إن سويسرا هى المملكة المنفردة التى يعتمد بحق على صحة إحصائياتها الرسمية (نقلا عن جمعية الإحصاء الملوكية الانكليزية).

الوفيات

السبب عن سنوات

	١٨٩٥	١٨٩٦	١٨٩٧	١٨٩٨	١٨٩٩	١٩٠٠
الزهرى ...	١٢٦	١٢٩	١٣١	١٦٢	١٥١	١٤٣
الأتاكسى ...	٢٥٨	٢٥٨	٢٧٧	٢٤٠	٢٣٩	٢٥٠

وذلك مع العلم بأن عدد سكان هذه المملكة لا يزيد عن أربعة ملايين من الأنفس فى تعداد سنة ١٩١١

تسجيل الوفيات فى سويسرا

وربما يود القارئ أن يعرف كيف تؤخذ الاحصائيات فى أحوال الوفاة فى سويسرا ليطلع على دقتها وضبطها .

توفى مريض يعالجه الدكتور س فى سويسرا .

يذهب أحد أقرباء المتوفى الى مكتب الصحة ليبلغ عن الوفاة ويحمل معه أوراق تحقيق شخصية المتوفى والتذاكر التى تثبت اسم الطبيب المعالج فيذهب أحد أطباء الصحة الرسميين وبيده تصريح دفن أو بعدم دفن المتوفى الى منزل المتوفى ويفحص عن الجثة وتذاكر العلاج ويملأ الاستمارة التى معه صورتها هذه (من قسمين) :

(أما فى حالة طلب حرق الجثة فيرسل طبيب آخر مستقل عن الأول لثانى مرة) .

استمارة رقم ٣٠

الاســـم فلان

توفى فى تاريخ كذا

رقـــم ٣

ذكـــر

توفى بمرض

فى تاريخ

عالجه الطبيب

التـــاريخ

ثم يحفظ القسم الأول لنفسه ويرسل الثانى الى قسم الاحصائيات بمصلحة الصحة، ومن ذلك ترى التكتم الزائد فى المهنة .

رجاء وضع طريقة ثابتة يعتمد عليها فى التبليغ عن الوفاة وأسبابها والحاجة الى نشرها واعتمادها دوليا

أعتقد أنه لا توجد أى مملكة أخرى تعمل ما تعمله سويسرا للحصول على إحصائية وفيات دقيقة، فيلزم التعاون بين الأمم لمعرفة أسباب الوفيات فى كل أمة، ولا شك أن الأمة التى لا تقبل هذه المهمة تكون أمة متحجرة فى الظلام، ومما يؤسف له أن الطريقة المتبعة عندنا فى التبليغ عن أسباب الوفاة طريقة مضحكة ولا تناسب الرقى الحالى الفنى، اذ لا فائدة منها، ومما لا ريب فيه أنه يجب على الأمة أن تعرف قوة العدو الذى يريد الايقاع بها فتقاومه باطمئنان حيث تعد عدتها لمقاومته ومع أنه من الضرورى حدوث بعض الخطأ فى معرفة سبب الوفاة فى بعض الأحوال لجهل أو لسوء قصد ولكن يمكننا إذ ذاك الاعتماد على نتيجة تقريبية أو شبه حاسمة ، فكل ضحايا تقدم للموت مع العلم بأنه فى المقدور انتشالهم من قائمة الموتى الى حين جريمة لا تغتفر ضد الانسانية ، إن شعور أهل المتوفى يزيد ويتحول الى حقد شديد اذا علموا الحقيقة، أنه من السهل أن يكتب سبب ظاهرى للوفاة وتخفى الحقيقة عن أهل المتوفى بمهارة ودقة لضمانة حفظ أسرار المهنة، ولا نجهل أن هذا التشريع يحتاج الى كثير من التروى قبل الاهتداء الى الطريقة المضمونة والمقصودة بالذات

وقت التنفيذ ، وليس هذا هو موضع التحدث بما اذا كان يجب التبليغ عن الأمراض الزهرية وقت الحياة كأمراض معدية أم لا ، (فهذا مما سنفرد له بابا خاصا) وانما من المؤكد أن التبليغ عن الأمراض الزهرية والتبليغ عن أسباب الوفاة كلاهما متمم للآخر .

ومن الظاهر جليا أن التبليغ عن سبب الوفاة بالأمراض الزهرية له قيمته الحقيقية وهى أقوى بكثير من التبليغ عنه وقت الحياة كمرض معد ، وكثيرا ما يحصل التبليغ عن مريض بمرض الزهرى وقت الحياة ، ويكون إذ ذاك لسبب خاص يعالج علاجا ناقصا ويترك الطبيب وشأنه (حيث يظنه شفى على يديه) ولا يعرف عنه شيئا ، وقد يتوفى بالزهرى أو مضاعفاته بعد مدة ليست باليسيرة ، ولا نطلب إلا حقا حيث نريد من السلطات الصحية فى حالة الاشتباه فى سبب الوفاة أن يعمل تشريح مرضى لمعرفة السبب ، هل هو الزهرى أو السيلان ؟

أحوال شاذة ناشئة عن الأمراض الزهرية ولكنها لا تحدث وفاة

الرمد الصديدى السيلانى فى الأطفال والأمراض الزهرية

لقد عملت إحصائية صغيرة فى لندن عن سبب العمى فى الأطفال فوجد أنه فى ١١٠٠ طفل أعمى ٣١٫٢ ٪ كان السبب الأكيد فى اصابتهم هو الزهرى ٢٫٨ ٪ مشتبه فيها .

وفى ١١٠٠ طفل أعمى أيضا وجد أن السيلان كان سببا للعمى بنسبة ٢٤٫٣٥ ٪ منهم ففى سنة ١٩١٧ أبلغت الصحة عن ٦٤١ طفلا أعمى من الرمد الصديدى السيلانى وفى سنة ١٩١٨ عن ٦١٣ طفلا وفى سنة ١٩١٩ عن ٨٧٠ طفلا مع العلم بأنه قد تهمل الاحتياطات الصحية الواقية فى أحوال وجود الأم نفسها مصابة بالسيلان وهذا يشعر بزيادة نسبة عدد اصابات السيلان فى المجتمع .

أمراض الأذن والصمم

قد يحدث الزهرى الوراثى صمما فى بعض المصابين به سواء ولدوا بالمرض أو أصابهم بعد الولادة وقال بعضهم : إنه من المحتمل أن الزهرى كان بنسبة ٢٥ ٪ سببا للصمم الوراثى ويضاف الى ذلك بعض أمراض الأذن الزهرية الناشئة عن الزهرى المكتسب وتوجد مضاعفات أخرى للزهرى الوراثى كالبلاهة والغفلة .

نتائج الأمراض الزهرية من الوجهة الاقتصادية

يحزننا أنه لا يوجد لدينا إحصاء رسمى عن ذلك وليعلم القارئ أن حالة كثير من المصابين بالزهرى والسيلان تلزمهم بالبقاء بالمستشفى وفى هذا من شلل أعضاء الأمة وضياع الثروة الاقتصادية التى تجنيها من عرق جبينها مالا يخفى .

ومن المؤكد أن نقصا كبيرا فى عدد السكان ينشأ عن الزهرى نظرا للاجهاض والمولودين أمواتا من فتك المرض بهم داخل الرحم وقد ينتج

عنه العقم عند الرجال والنساء فتحرم الأمة من أبناء تعتز بهم عند الحاجة ويزيدون فى ثروتها باشتغالهم فيما ينفعها .

ملاجئ العجزة والأمراض الزهرية

كم من رجال ونساء منتشرون فى العالم وفى الملاجئ والمستشفيات وهم مصابون بعجز لا يجعلهم قادرين على القيام بواجباتهم الحيوية نظرا لاصابتهم بالزهرى، ولا يخفى ما فى ذلك من ضياع بعض ثروة الأمة ومن إعانة الأسرة التى رماها سوء الطالع بأن كانوا أوصياء عليها أو أولياء أمورها فكم من مصاب بالزهرى يتزوج ويرزق بأولاد ويصبح رب أسرة وبعد مضى عشر الى خمس عشرة سنة حينما تكون الأطفال فى دور التكوين الحيوى يصاب رب الأسرة بالشلل العام للمجانين أو الأتاكسى فيصبح غير قادر على العمل ويجب على الأمة أن تعوله كما تعول الأسرة التى هو رئيسها فليتأمل القارئ معى فى مقدار الخسائر الاقتصادية للأمة اذ ذاك .

الشلل العام للمجانين

إن متوسط من دخل المستشفيات العامة فى انكلترا من سنة ١٩٠٩ لسنة ١٩١٣ هو ١٦٠٤ من المرضى فى كل سنة منهم ١٤٢٧ فقراء والباقى من طبقة الأغنياء .

إن نفقة المصابين بداء الشلل العام للمجانين فى انجلترا تبلغ المائة والخمسين ألف جنيه فى السنة تقريبا فاذا أضفنا الى ذلك نفقات بعض

المصابين بالبـلاهة والعته الناشئين عن الزهرى فى المستشفيات المختلفـة فى انجلترا فلا يقل المجموع عن ٣٠٠,٠٠٠ جنيه سنويا .

وهـذا عدا نفقات المرضى المصابين بالأتاكسى والشلل فى المخ أو النخاع أو أمراض الشرايين وأمراض القلب وبعض أمراض الجلد والعظام المزمنـة مع العلم بأن هـذه الأمراض لا تنتهى حتما بالوفاة بل يستمر المصاب بها مستمدًا حياته ممـا تعطيه المستشفيات له مدة تتراوح ما بين العشر والثلاثين سنة أما فى مصر فقـد نرى أحيانا بعض المصابين بالبلاهة والعته يرتزقون بما يعتقده العامة فيهم من البركة ولاشك أن بعضهم فى نعمة يحسده عليها كثير من الأصحاء وينبغى أن نذكر أن تكاليف تعليم الشخص المصاب بالصمم توازى عشرة أضـعاف تعليم الشخص السليم وتبلغ هذه التكاليف فى الأعمى سبعة أمثالها فى السليم فى انجلترا .

عدم القدرة الوقتى على العمل

لقـد بلغت نفقات الأمراض الزهرية فى سـنة ١٩١٢ فى الجيش والبحرية الانجليزية ما يقرب من ٢٧٥٠٠٠ جنيه .

وليس فى الإمكان إحصاء عدد أيام العطـلة التى يقضيها هؤلاء المصابون فى المستشفيات وفى منازلهم بين عامة الشعب ولا شك أن أيام العطلة كثيرة ويجب أن يحسب لهـا حساب اقتصادى من مجهود الأمة فالخسارة الاقتصادية تقع من جهتين : أولا شلل اليد العاملة عن العمل ثانيا صرف ما هو مدخر أثناء العطلة .

لقد قال السير جيمس براون فى خطاب له ألقاه فى جمعية منع الأمراض الزهرية فى سنة ١٩٢٠ : إن الزهرى يكلف الأمة الانجليزية خسارة ملايين من الجنيهات وأما السيلان فيكلفها أضعاف ذلك أما فى الولايات المتحدة الأمريكانية فقد قال العلامة حسن : إنه يوجد بها نحو من ٢٠٠٠٠٠ شخص يفقد كل شخص منهم ١٠٠ ريال سنويا فلو أضفنا الى ذلك بعض ماتخسره الولايات من عدم شفاء بعض المرضى فلاشك أن النتيجة تتضاعف ومن جهة أخرى أن المال الذى ينفق فى إقامة مستشفيات وعيادات للأمراض الزهرية مقدر بملايين من الريالات وقد قال أخيرا العلامة حسن : إن الخسارة الاقتصادية للولايات المتحدة الناشئة عن هذه الأمراض تبلغ نصف بليون من الريالات سنويا .

نحن نعلم أن حالة الأمم الاقتصادية المالية لا تساعد على ضياع مثل هذه المبالغ والأنفس ، ومن المؤكد أنه سيشتد الحال اقتصاديا فى المستقبل فيجب التفكير فى الأمر من الآن حقيقة فان كل أمة متمدينة تصرف الآن بعض المبالغ لمقاومة هذه الأمراض ومع الأسف لم نجد نقصا فيها يشجعنا على الاستمرار فى محاربتها فربما يطرأ طارئ فى بعض الأمم وتترك هذه الأمراض بدون أى عناية لأن النفقات الأولية لم تثمر .

ولتعلم هذه الأمم أنها تحارب مرضا يفتك فى المجموع العالمى من قرون مضت فلا ينتظر أن تأتى العنايات بمحاربته بضع سنين بفائدة

محسوسة ولكن اذا استمرت العناية لعدّة سنين أخر فاننا بلاشك نقلل من آلام مرضانا ونقلل من حوادث العدوى ولا يخفى مافى ذلك من الكسب الاقتصادى للأمة أما اذا عمل اتحاد دولى فلا بدّ أن تكون النتيجة أضمن وأسرع وكثيرا ما يسأل القارئ نفسه بعد الذى شرحته هنا ماذا يعمل الآن لتخفيف ويلات هذه الأمراض وماذا يجب علينا عمله وزيادة عن ذلك سأتلو على القارئ هنا بعض ما تعمله الجمعيات الطبية والاجتماعية العامة وماذا يجب عليها أن تعمله فوق ماتبذله من العمل الآن .

الفصل الثانى
فى منع الأمراض الزهرية

لا ينكر أحد أنه قد اتخذت بعض الاجراءات الفعلية لمقاومة انتشار الأمراض الزهرية عند بعض الأمم بدرجة متفاوتة كما أنه لا يزال بعض إجراءات تحت البحث والفحص الدقيق قبل تقريرها ومع الاعتراف بأنه لايمكننا فى سفر صغير كهذا أن نذكر ما اتخذته كل أمة على حدة والأسباب الداعية لها الى ذلك ، نودّ أن نقرر هنا النظريات والحقائق الملموسة التى يجب على القارئ أن يحيط بها علما لكيما يكون فى مركز يسمح له بمواصلة البحث فى مركز هذه الأمراض فى الهيئة الاجتماعية والاقرار على رأى سديد صحيح الأساس فنيا وقد اجتهدت فى شرح المسألة نظريا وسرد أوجه كل نظرية على حدتها دون التعرض للحكم لها أو عليها وغرضى من ذلك هو ترك القارئ حرا فى فكره يوجهه حيث أراد دون التأثير عليه من جهتى .

وقد قسمت الطرق المتبعة فى محاربة هذه الأمراض الى وجوه عدّة سأقص عليك منها ما يأتى :

(١) الدين والآداب .

(٢) التربيــة والتعلـيم .
(أ) الدائرة الطبية بقسميها الطلبة والأطباء
(ب) الجمهـــور .
(٣) الاجراءات الطبية والطبيعية المـانعة .
(أ) التطهير المباشر فى الحال .
(ب) العلاج الاجهاضى .
(ج) العلاج العادى بقسميه فى العيادات السرية وفى عيادات الأطباء الخاصة .
(٤) التبليغ الرسمى عن الأمراض الزهرية .
(٥) حصر العهارة — إعطاء الترخيص للبيوت الخ ... .

الدين والآداب

إن كل الجهود الاجتماعية التى تصرف لمحاربة هذه الأمراض لاشك أنها تؤثر فى عوارضها كالعلاج نفسه . الأمراض الزهرية تقع كنتيجة لجماع مختلط . وعادة يعوز المصاب بها قوة من الارادة يصرفها فى حكم نفســه فيحفظها فى الدائرة اللائقة بها دينيا وأدبيا وعلى ذلك أرى أنه لا بدّ من أن يصرف كثير من الجهود الاجتماعية بأى نوع وبأى طريقة كانت فى تقويم الصفات وقوة الارادة التى تمنع أىّ جماع مختلط سواء كانت هذه الطرق دينيــة أدبية أو خياليــة ولو اســتعرض القارئ تاريخ الديانات ومختلف تأثيرها فى العقول لوجد أن ديانة سيدنا موسى عليه السلام بذلت مجهودا

كبيرا فى محاربة الزنا وهى تبذل هذه الجهود أيضا منذ ثلاثة آلاف سنة ولم تجد منها الفائدة المطلوبة كذا حدّث عن الديانة المسيحية فبعد بذل جهودها نحوا من ألفى سنة لا زلنا نجد هذه الأمراض متفشية فينا وكذا الاسلام فقد جاءت شريعته بتعدّد الزوجات و بملك اليمين والأسرى وكانوا وقت نشأة الاسلام كثيرين . ومع كل هذه الاباحات لم يبطل الزنا حتى فى زمن الأنبياء أنفسهم و وقت حياتهم فقد قرأنا أن سيدنا موسى كان يعزل المصاب بالسيلان و يحرم الاجتماع به ما لم يبطل ظهور الصديد وقد امتلأت الدنيا وعاظا ومرشدين على اختلاف درجاتهم فى محاربة الزنا وبمزيد الأسف لم تأت هذه الجهود بالفائدة المطلوبة ولكن يلزمنا الاعتراف بأنه كان ولا يزال لها التأثير الكبير فى بعض الناس وهؤلاء هم الذين عندهم قوة الوازع الدينى أكثر من الآخرين ولا يستدل البتة بأن نظرية تحريم الزنا فى هذه الديانات خطأ أبدا ولكن ربما كان الأشخاص المكلفون بالدعاية جهالا بطرق الدعاية وجذب عقول الناس اليهم وكما أن قوة الوازع الدينى كبيرة عند بعض الناس فقد تكون معدومة عند البعض الآخر كما أنه قد يوجد أشخاص فى حال وسط بين هذين .

قد يرى بعضهم أنه من قصر النظر فى عواقب الأمور توجيه أى لوم لمريض يحضر مصابا بهذه الأمراض غير أن البعض الآخر يرى أن فى هذا التعنيف حكمة فى محاربة الأمراض من حيث هى لكى يتعظ المريض ويتحامى أن ينقل عدوى مرضه لشخص آخر أثناء علاجه وبذكر بمزيد الأسف أن أغلب المرشدين والوعاظ من أى ديانة كانت

يحتاجون الى كثير من التجارب العملية الاجتماعية يسترشدون بها الى مواضع الضعف فى الشخص المصاب أو فى الأشخاص الذين تقع أمامهم ليقوموا اعوجاجهم . نعم قد جاء وعظهم بفائدة تذكر ضد الخمور التى ضررها بالجسم أضعف بكثير من ضرر هذه الأمراض فيظهر لنا والحالة هذه أن القسس والمرشدين لم يدركوا للآن حقيقة عقلية الجمهور الذين هم موكلون بإرشاده ومن المؤكد أنه سيأتى وقت على هؤلاء القسس والمرشدين لا يجدون فيه أمامهم أحدا يعظونه اذا لم يجتهدوا فى تدبير وإلقاء الوعظ حسب الظروف وماتقتضيه عقلية الجمهور .

وربما يكون السبب فى عدم تأثير دعاية العلماء والقسس ضد الأمراض الزهرية عدم إدراكهم العلاقة الشديدة بين هذه الأمراض والزنا فيجب علينا نحن الأطباء تقويم إدراكهم وتغذيتهم بما يناسب عقولهم من القواعد الفنية الحديثة حتى يعرفوا بعض ما يلزمهم من النظريات الحديثة ليقنعوا سامعيهم بلغة عذبة بسيطة بصحة دعايتهم ضد الزنا ولتفهيمهم ما للزنا من القوة فى انتشار الأمراض الزهرية وما لهذه من العواقب الوخيمة .

ومن الضرورى جدا أن يكون هؤلاء الوعاظ على شىء من الشجاعة ومقابلة الحقائق وجها لوجه . وضرورى جدا أن يقابلوا أولئك الذين لا يبالون بالدين والوعظ بشىء من الرزانة والتؤدة وحسن المعاملة وسعة الصدر حتى يردوهم عن البغى الى الرشد ، نعم لا ينتظر أن تجنى ثمار ذلك عاجلا — لأن المسألة عويصة — وتحويل الجمهور عن شىء اعتاده من

قرون مضت من أصعب الأمور ولكن لا نيأس ولا يطرق قلوبنا اليأس لموقعة هائلة وطويلة وشاقة ولكن بالمثابرة على العمل يكون الفوز لاشك حليفنا فقد يقابلون ذلك بالإعراض والاستهزاء وعدم الاكتراث فليقابلوا فى ذلك بالحلم والحيلة .

إنى آسف أن أقرر أن النظريات الدينية المحضة وحدها سلاح عقيم ضد هذه الأمراض فكثير من الناس فى وقتنا الحاضر لا يدرون من الديانة شيئا يذكر فالمسلم مسلم لأن أباه مسلم والمسيحى مسيحى لأن أباه مسيحى أيضا وهكذا أما اعتناق الديانة على نور وعلم وهداية فهذا قليل فى وقتنا الحاضر اذ أصبح الجمهور يعبد الماديات وعلوم الديانة فضلا عن أنها لا تقوم بحاجة معتنقيها فانها تعودهم على الزهد والتقشف الخ . ومستلزمات أخرى لا يود كثير من الناس متابعتها أو ضياع الوقت (كما يسمونه) فى بحثها من هنا نرى جليا ضرورة استكشاف سلاح آخر يساعدنا فى المضى فيما نحن عازمون عليه من محاربة انتشار هذه الأمراض وبطبيعة الحال اذا رأينا عدم تأثير نصحنا الدينى فى الجمهور فيلزمنا عدم تعريض النظريات الدينية للهزء والسخرية .

ونرجع الى طريقة تقويم قوة الإرادة فى النفوس لتقاوم فى نفسها ما تتطلبه الطبيعة منها من الزنا فنرشدها من بدئها بأن فى ذلك شرا والنفس عادة لا تحب الشر فتقاومه فيلزمنا تربية النفوس على نظريات الكمال والشجاعة حتى يكون عندنا مجموعة من هؤلاء النفوس الكريمة فتقاومه وتحتقر (الزنا) من الصغر بما يعتقدونه عن حق للوصول الى درجات الكمال

المنشودة فى المجتمع أقول ذلك مع علمى بأن فكرتى هذه لا بد وأن تقابل من بعض الناس بالهزء والسخرية .

الخوف على النفس

تجد أن قوة الخوف على النفس من الأمراض الزهرية ليست كبيرة كما كنت واهما . أنا أعترف بوجودها ولكن تأثيرها فى النفس ليس بالكافى أو بالرادع لها عن الوقوع فى الشرك فالطبيب يعلم أن الخمر سم ولكنه يتجرعها فكل منا يحفظ نظريات وعالم بصحتها ولكنه لا يتبعها .

الخوف على الآخرين

قد ثبت أن صفة الخوف ضعيفة فى الانسان بالنسبة لنفسه فكم يكون لها من قوة فى نفسه بالنسبة للآخرين إن الشعور بالخير للغير والاحساس له والاحسان عليه صفات موجودة ولكنها كما تعلم أصبحت صورية فقط أو على الأقل ليس لها من التأثير مثل ما نقرؤه عنها فى كتبنا أو ما نعلمه للنشء الحديث .

الازدراء (السقوط من العين) أمام الشريكة (وهى المرأة)

إن قوة الازدراء التى قد تقابل بها المرأة الرجل الذى سبب لها العدوى لا تأثير لها مطلقا على الرجل العادى فهناك أمم لا زالت حية و بالغة درجة عظمى من الرقى تعطى العاهرات مكانا رحبا فى هيئة المجتمع وقد سمعت حديثا أن إحدى هذه الأمم أنعمت على عاهرة برتبة لتفوقها فى صفاتها الخاصة بالعهارة !

وهنالك فساد آخر فى أعرق الأمم حضارة وذلك أنه اذا جاء شاب وطلب يد فتاة طاهرة للزواج منها فقد تأباه لأنها تحب أن تمتع نفسها بالدنيا قبل أن تدخل حظيرة الزواج فتأمل فهل بعد هذا للديانة من قوة لردع مثل هذا الفساد .

فالزنا صناعة من قديم الأزل باقية وسوف تبقى وان تموت فلتبحث لنا عن طريق آخر غير الديانة .

التربيـــــــة

(١) فى الدائرة الطبية الفنية

الطلبة — نسطر بمزيد السرور بأن فى مدرسة الطب المصرية قسما خاصا لدراسة الأمراض الزهرية يمضى الطلبة فيه نحوا من ستة أسابيع للدراسة ومشاهدة هذه الأمراض خاصة وأن هذه الطريقة غير متبعة فى أغلب ممالك العالم وإنما يترك تلميذ الطب يلتقط من هنا وهنالك ما قد يصادفه منها أثناء دراسة فنى الجراحة والأمراض الباطنية نعم قد يرى هذه الأمراض طورا بنفسها وطورا بمضاعفاتها ولكنى أفضل دراستها كفرع خاص لتجلب أهميتها التفات الطلبة حتى يتخرجوا وهم على شىء من العلم الذى يخدمهم كثيرا فى مباشرة مهنتهم كأطباء كشكول فى الخارج وحيث إن العلامة أوزلر روى أن الأمراض الزهرية بأنواعها مكونة لثلث مجموعة الأمراض فنرى والحالة هذه أن تعنى مدارس طب العالم بتدريس هذه الأمراض كقسم خاص قائم بذاته من تلقاء نفسها حيث

سيأتى وقت تضطر لعمل ذلك تحت ضغط الجمهور . وأنا على يقين من أن برنامج الطلبة الحاضر مستوف للنهاية ولكن من المؤكد أنه يمكننا الاستغناء عن بعض الأمور وحذفها والاستعاضة بأمر أساسى جوهرى كدراسة الأمراض الزهرية فمثلا عندنا كثير من النظريات التشريحية ومعلومات عنها لا تقع للطالب أثناء دراسة الجراحة والأمراض الباطنية ففى الامكان حذفها كما توجد أقسام لأمراض الأذن ليس لها من الفائدة للطالب ما لهذه الأمراض كل ذلك فى الامكان حذفه وانا على يقين أننا لو نجحنا فى تفهيم الطلبة ما لهذه الأمراض من الأهمية لسهل علينا الشىء الكثير من مهمتنا .

الأطباء

من المسلم به أنه يجب على كل طبيب التزود بقليل من الفن الخاص بالأمراض الزهرية قبل التخرج ومن الأسف أنه يوجد عدد كبير من الأطباء لا يعرفون النزر اليسير عن هذه الأمراض فبأى طريقة يا ترى يمكننا تزويد هؤلاء الأطباء بالعموميات من الفن اللازمة لهذه الأمراض . فى البلدان الكبيرة يمكن هؤلاء الأطباء المواظبة على حضور عيادة خارجية للأمراض السرية وأنا واثق من أنه لا يمضى عليهم وقت طويل حتى يجمعوا المعلومات الكافيــة التى تؤهلهم لمباشرة علاج هــذه الأمراض بأنفسهم فى الخارج .

نعم إنى أعترف بأنه لا يوجد عنــدهم الوقت الكافى للاستمرار على حضور العيادة لأن أشغالهم الخاصة لا تسمح لهم بالتغيب عنها ثلاث مرات

فى الاسبوع وفى كل مرة يضيع عليهم نصف يوم ويجوز أن تعوضهم مصلحة الصحة العامة بمكافأة مالية لتعوض نفقاتهم فى مدة الغياب لأنه من المؤكد أن فى تعلمهم شيئا عن هذه الأمراض فائدة وهو ما تكسبه فى صحة الجمهور أضعافا مضاعفة .

أما الأطباء الذين يعيشون فى القرى فمن الصعب جدا أن نطالب منهم تضحية أيام بأكملها لمباشرة حضور عيادة خارجية فيحسن والحالة هذه أن تكلف مصلحة الصحة العامة هؤلاء الأطباء بالحضور فى مركز من المراكز حيث يمكن إعطاؤهم الفرصة لمشاهدة ودرس هذه الأمراض تحت إدارة معلم حاذق ومهما قصر الوقت الذى يصرفونه للدرس فهو فى منفعة الصالح العام وفى مصلحة الطبيب أيضا حتى اذا أتى تنفيذ هذه الفكرة بنتائج حسنة يمكن تعميم ذلك فى أكثر من نقطة واحدة فى القطر ويجدر بمصلحة الصحة أن تقوم بنفقات هؤلاء الأطباء من أجرة السفر والاقامة وتعويض ما يخسرونه بترك عيادتهم مدة أسبوعين أو ثلاثة على الأكثر وأن هذا المشروع وان احتاج لنفقات كثيرة غير أنه يوفر علينا فتح عيادات سرية لهذه الأمراض فى المستقبل .

إنشاء مكتب رئيسى لتوزيع أحدث المعلومات الفنية المستحدثة الخاصة بالأمراض الزهرية

لا شك أنه يوجد فى البلاد الأجنبية كثير من المستشفيات والعيادات والجمعيات الخيرية لمساعدة المصابين بهذه الأمراض فى العلاج . ومن المؤكد

أنه يوجد وسائل معلقة خاصة بالأمراض الزهرية وذلك مثل الطهارة والتبليغ الاجبارى عن الأمراض الزهرية والتشريع الاقتصادى الخاص بها الخ مما يطلب معاونة أهل الفن الطبي والجمهور وقد يضيع الوقت فى البحث عن إيجاد معلومات قيمة خاصة بتلك المسائل أو غيرها . وبما أن التفات الجمهور آخذ فى التزايد فمن المؤكد أنه سيأتى وقت قريب أو بعيد يحتاج فيه للحصول على معلومات وثيقة تتعلق بالأمراض المذكورة ويظهر جليا أن إنشاء مركز رئيسى يكون قادرا على الفصل فى مثل هذه الموضوعات بما له من الخبرة المكتسبة ضرورى جدا لمحاربة هذه الأمراض . وذلك بأن يشتغل مديرو هذا المكتب بجمع المعلومات والاحصائيات الخاصة بهذه الأمراض فى القطر كما أنه يكون مطلعا على أحدث ماقيل وما كتب عنها خاصا بها ويحسن أن يقسم المكتب الى قسمين : قسم فنى وقسم اجتماعى ويكون ذا صبغة رسمية مع مصلحة الصحة العامة ولا يختص بأعمال التمهيدات (البروبوجاندة) ضد هذه الأمراض فقط إذ لابأس أن يكون فى مخابرة دائمة مع ما يماثله فى الممالك الأخرى ومن هنا يكون هذا المكتب ذا قيمة فنية وإدارية وذا معلومات واسعة خاصة بهذه الأمراض يعتمد عليها ولا بأس من إيجاد دار للكتب لهذا المكتب تكون خاصة بهذه الأمراض ويسمح للأطباء والطلبة بالحضور والتردد اليها .

الجمهــــور

الجمعية الملوكية للأمراض الزهرية والمجلس الأهـــلى لمقاومة الأمراض الزهرية (فى بريطانيا)

أنشئت هذه الجمعية سـنة ١٩١٣ برأى فطاحل الفن السير تومس والسير موريس ودكتور وايت وهو أوّل من جذب نظر الجمهور الى النقص الكبير الموجود فى بريطانيا ومن عدم وجود إحصائيات رسمية ترتكز على حقائق ثابتة لهذه الأمراض كما أنها أثارت فكر الجمهور الى نقص الاستعداد الموجود إذ ذاك لمعالجـة الفقراء المصابين بهـذه الأمراض وقد أشارت فى تقريرها الى أن المملكة البريطانية معترفة بهـذه الأمراض ويحزننا أنه لم يتيسر لهذه الجمعية أن تحصل على معلومات وافية خاصـة بالعهارة (المـادية وغيرها) مع ما لهـذا من الأهميـة الكبرى فى الموضوع ومن المسلم به أنه يجب معرفة الأسباب التفصيلية الخاصـة بتفشى الأمراض الزهرية قبل ما نضع اللازم لتلطيف وطأتها ومحاربتها .

ومن الضرورى لأبحاث هذه الجمعية أن تكون عالمة بالطرق المباشرة وغيرها لمنع هـذه الأمراض . فمثـلا عليها أن تفصل فى نظرية التطهير الشخصى الموضعى ونظرية العلاج المبكر وقيمتها علميا لأن هاتين النظريتين لا تزالان تحت البحث وبين الأخذ والرّد حتى فى وقتنا الحاضر وقد تألف المجلس الأهلى بناء على إرشاد هذه الجمعيـة لمحاربة هذه الأمراض وحينما تألف هذا المجلس نظر فى نظرية التطهير الشخصى كعلاج واق من هذه

الأمراض وقد اختلفت الآراء فى المجلس المذكور فى قيمة هـذا العلاج لأن بعضهم لا يصـدق بقيمته ونظريته و يعتقد البعض الآخر أن عمليـة التطهير نفسها تحسن الآداب كثيرا .

ميل الشعب الى معرفة بعض معلومات فنية وثيقة خاصة بالأمراض الزهرية
(الكتب والمحاضرات)

وقد ألفت الكتب والنبذات والمقالات الكثيرة الخاصـة بأسباب الأمراض الزهرية وانتشـارها وخطورتها وطرق تقليلها بواسـطة أفراد كثيرين و جمعيات مؤلفة لهـذا الغرض وقد أفاضت الجمعية الملوكـية البريطانية فى جمع هـذه المعلومات ووضعها تحت طلب الجمهـور ومن المدهش أنه فى أثناء الحرب قد ألقيت محاضرات كثيرة جدا للجنود خاصة بهذه الأمراض بواسطة أطباء الجيش والبحرية وذلك لم يمنع القيام بالقاء مثل هذه المحاضرات على الرجال والنساء والشبان غير المجنسدين خصوصا فى هيئة العمال والمعلمين والقسس والممرضات الخ .

شرائط سيماتغرافيـــة
إعلانات فى الجرائد ومحاضرات فى علم الحياة والكائنات الحية

لقد استعملت شرائط الصور المتحركة فى الاعلان عن هذه الأمراض وعواقبها ولكن من الضرورى جدا عدم المغالاة فى نتائجها أمام الجمهور وإلا ضاعت النتيجة المنتظرة فيها و يلزم فهم عقلية متوسط الناس فى الأمة

اوضع هذه الشرائط بطريقة مقبولة ومعقولة لديهم وقد استعملت طريقة الاعلان فى الجرائد اليومية والأسبوعية والشهرية للتأثير على الجمهور خصوصا الجرائد المصورة لتبين حالة الذين ينغمسون فى الأمراض من الزنا وشرح نتيجة من يهمل نفسه فى العلاج أيضا كما وأنها ترشد الذين يحبون الاطمئنان على أنفسهم أكثر من العيادات الخاصة بذلك والموثوق بنتائجها (سواء كانت مجانية أم لا) ولا شك أن استعمال هذه الطريقة يضطر أناسا كثيرين لعرض أنفسهم على أطباء مهرة فى هذه الفنون .

أما المحاضرات فى علم الحياة الخاصة بالشهوة عند الجنسين وعلاقاتها وكيفية نموها فهى مما يلذ السامعين سماعه ولذلك أكسبت أناسا كثيرين معرفة ما يجب عليهم عمله وما لا يجب .

أما عيوب هذه المحاضرات فهى :

(أولا) التوكل على قوة وازع الخوف وأن مضار الخوف هى أن نسبة صغيرة من المجموع الانسانى يمنعه الخوف عن الانغماس فى الزنا لوقت ما وبعد ذلك فقد يعود أكثرهم الى عدم المبالاة بالخوف .

(ثانيا) أنه غير طبيعى أن يعتمد الانسان على خاصة موجودة بدرجة مختلفة فى الطبقة الاجتماعية مع العلم بأنها معدومة عند كثير من الناس ولها تأثير خفيف ربما كان وقتيا فى معظم الناس لمحاربة هذه الأمراض فنحن لا نقصد مطلقا أن نخيف الجمهور من عواقب الزنا لمجرد احتمال عدوى الأمراض الزهرية كلا وإنما يجب تعليم الجمهور

بأن الزنا نفسه هو ضد الدين وضد الآداب وضد الهيئة الاجتماعية لكونه عملا غير شرعى" .

ثالثا أن الأطباء المختصين بالأمراض الزهرية كثيرا ما يشاهدون انحرافا فى عقل بعض الناس وذلك نتيجة الخوف من الأمراض الزهرية وربما كان هذا الانحراف العقلى أشد خطرا على هؤلاء الناس من الاصابة بالأمراض الزهرية نفسها وغالبا يصل هذا الانحراف فى العقل الى درجة مخيفة فى حالة حصول العدوى الفعلية .

ويحسن والحالة هذه الاتفاق على رأى نهائى فاصل فيما يجب القاؤه على الجمهور بخصوص حياته الطبيعية والاجتماعية والنفسية وعلاقة الرجل بالمرأة الطبيعية بقدر ما يستطاع فنيا مع ملاحظة أخلاق العصر الحاضر وعوائده على قدر المستطاع .

(ملاحظة) كل ما ذكرناه هنا خاصا بالتربية حقيقى وجميل ولكن النظريات شكل والواقع شكل آخر فالواقع عندنا فى مصر بل وفى كل العالم أن الطبقة العالية الممتازة بالغنى والسهولة فى الحصول على تثقيف العقول هى أكثر إصابة بهذه الأمراض من الطبقات الأخرى ومع الأسف فإن هذه الطبقات تعتبر الزنا شيئا عاديا وتنقص درجة هذا الاعتبار كلما تنزلنا الى الطبقات الاجتماعية الصغيرة (الفقراء) فلا بد والحالة هذه أن نستكشف برنامجا جديدا يقلب هيئة طبائع العصر الحالى بحيث يزيل هذه الفكرة سريعا من المجموع البشرى وإلا انتهى بنا هذا النظام الحالى الى الخراب الاجتماعى .

الإرشادات الواجب علينا تعليمها للطلبة فى المدارس الحرة

ومن المحزن أنه لايوجد شيء من هذا فى الوقت الحاضر مع العلم بأن نظريات بسـيطة تلقى للنشء فى حالة الصغر قد تعود علينا بفائدة عظيمة من الوجهة الصحية فى المستقبل .

أليس من الغريب أن يتخرج الطلبة فى المدارس بعد انتهاء الدراسة ويخرجوا الى الحياة العملية وهم لا يدرون شيئا خاصا باحتمال ما سيقابلهم من المخاطر فى الحياة العملية المستقبلة .

وقد طلبت من وزارة المعارف إلقاء محاضرات عن هذه الأمراض لطلبة المدارس العاليـة والثانوية فلم أجد أذنا صاغية لذلك مع العلم بأن المعلومات العامة التى تلقى لهؤلاء الطلبة تفيدهم كثيرا من الوجهة العملية فى مقابلة الأخطار التى هم معرضون لهـا .

أما القول بأن هذه المحاضرات خطر على النشء لأنها (تفتح العين) فهو قول مردود لأن الطالب الذى فى سن ١٥ — ١٨ سنة قد تغير وسطه كلية عنه فى الجيل السابق .

وقد يحسن التوسط بين الأمرين وذلك بأن تلقى المحـاضرات فى الأسابيع الأخيرة التى للطالب قبل تركه الدراسة والخروج الى الحياة العملية وربمـا قال بعضهم : إن تلقين الطالب هـذه النظريات هو من الواجبات الأبوية فى المنزل فمع موافقتنا على ذلك نعـلم أن معـلومات الوالدين فى هـذه الأمراض ليست بالوافيـة ولا الشافيـة وربمـا كانا

يجهلانها كليـة ولذلك يجب أن نرحب بمحاضرات الطبيب فى المدارس من بنين وبنات .

تعليم القابلات شيئا عن الأمراض الزهرية

من المؤكد أنه لا يوجد شيء من هذا فى مدرسـة القابلات بالقصر العينى أما فى انجلترا فقـد وضع برنامج حديث للمرضات بنـاء على إشارة الجمعيـة الملوكية للأمراض الزهرية والحقيقـة أنه يجب إعطاء دروس طبية فنية واجتماعيـة لهنّ وخصوصا ما يتعلق بمزاولة مهنتهنّ فى الولادة وغيرها لأن الفائدة ليست قاصرة عليهنّ فقط بل تعود غالبـا على المرضى اللاتى قابلهنّ ومن اللازم تفهيمهنّ أنه ليس من الآداب الفنية الإعراض والاحتقار للرضى المصابين بهذه الأمراض وقت العـلاج أو فى أى وقت كان وأيضـا يجب عليهنّ أن يفهمن بأنه لا خطر عليهنّ فى موالاة المرضى بهذه الأمراض إلا مثل ما يكون من الخطر من موالاتهنّ التغيير على الجروح المتعفنة أو غيرها .

إذا سلمنا بذلك فلا بأس من إلقاء هذه المحاضرات أيضا على القابلات والحكيمات اللاتى تخرجن من مدّة طويلة بدون أخذ نصيبهنّ من العـلم فى هذه الأمراض لأن صاحبات الشهادات منهنّ كما لا يخفى سيستمررن فى الحياة العملية مدّة جيـل أو أكثر ومن البديهى أن تكون هـذه المحاضرات مجانية .

الصحة والجماع غير المنتظم

من الخطأ فكرة إيجاد تناسب بينه و بين الإدمان فى الخمر. لقد حملت الناس قديما حملة شعواء على الخمور مستمدين معلوماتهم من النصوص التى فى بعض الديانات فى تحريمها وعن ضررها البليغ صحيا حتى ولو أخذت بمقادير طفيفة جدا نعم قد أثمرت هذه الحملة حتى إن الولايات المتحدة الأمريكانية وهى أعظم الأمم حضارة ورقيا أمرت بتحريمها فى بلادها وعدم صنعها وعدم التجارة بها (مع العلم بأن ذلك كان يعود عليها بفوائد مادية لا تقدر) وكذا حذت حذوها الأمة النرويجية وأما الأمم الأخرى فقد اكتفت بوضع ضرائب عالية عليها لمنع معظم الجمهور ماديا من تعاطيها . .

أما مسألة الافراط فى الزنا فهى تختلف كثيرا عن مسألة الكحول (الإدمان فى المسكر) لأنه من المؤكد أنه لا يمكننا القول بأن الافراط فى الجماع يضر صحيا كضرر الإفراط فى الخمر ولو أن بعضهم يحبذ ذلك وهو يعلم بأن هذه الفكرة ليست حقيقية وأكرر هنا بكل صراحة أن الافراط فى الجماع الطبيعى مع الوثوق بعدم وجود أمراض اجتماعية لا يضر الصحة مطلقا ولا تأثير له فيها ولا ريب فى أن جميع الأطباء موافقون على ذلك حتى الذين ينصحون الناس باستعمال التطهير الشخصى بعد الجماع أو اتخاذ العلاج المبكر فى الأحوال التى حصلت بها إصابة .

٣

الاجراءات الطبية والصحية الواقية

مقـــــدّمة

أما الآن وقد شرحنا قوة الديانة والآداب والتربية فى منع الزنا وكون هذا الأخير سببا فى الأمراض الزهرية فمن المؤكد أن اتباع هذه النصائح لا بد أن تعود علينا بالفوز ضد هذه الأمراض ولكن كما أنه من المهم منع انتشار هــذه الأمراض بالوسائل السالفــة الذكر فمن المهم أيضا معالجة المصابين بها الآن ليقل انتشار العدوى فيهم .

فالزنا منتشر الآن انتشارا فظيعا وسيستمر كذلك أجيالا قادمة وسيقاوم كل التأثيرات الدينية والعلمية (فى وسائل التربية) الى أمد بعيد لأن هذه لها تأثيرها فقط فى النشء الصغير أما فى الشباب فلا تأثير لها . ومن المؤكد أن هناك أشخاصا كثيرين لا يتأثرون مطلقا ولا يمتنعون أبدا عن الزنا تحت تأثير الوسائل السابقة الذكر فيجب علينا حمايتهم والحالة هذه من الأمراض الزهرية ولذلك يجب علينا أن توجد ما يلزم لهم للحصول على المناعة التامة منها صحيا وأدبيا .

الاحتياطات الواقية الشخصية

لا تزال نظـرية التبليغ الإجبارى عن الأمراض الزهرية لمصــلحة الصحة آخذة فى الجدل وكذا نظرية الاجراءات الواقيــة الشخصية و إن

الانسان ليسرّ حينما يعرف أن لهــذين النظريتين الأهمية المعطاة الآن هما من المباحث في الدوائر الفنية فكثيرا ما كتبت وكثيرا ما ألقيت الخطب في هذه المواضيع وبعضها يحبذ النظريتين الأخيرتين وبعضها يفند منافعهما ويبين الآثار التي تعود على المجتمع من اتباعهما أو أخذهما أساسا عاما للعمل وقد اتخذت طريقة التبليغ السري عن هذه الأمراض بل ومراقبة المصابين بها في المواظبة على علاج أنفسهم أساسا في بلاد الدانيمارك من مدة ويسرّ القارئ أن يعرف أن جمهور هذه البلاد ابتدأ يجني فوائد التبليغ مع ما فيه من بعض المضايقات الشخصية أحيانا للمصابين .

ما هي الإجراءات الصحية التي ننصح باستعمالها الشخص تعــرّض للعدوى من هذه الأمراض ؟

(ا) التطهير الشخصي المباشر في الحال .

(ب) العلاج الواقي المبكر وسأشرح ما أقصده من هذين التعبيرين .

(١) التطهير الشخصي المباشر الحالي — يستعمل التطهير الشخصي قبل الجماع وبعد الانتهاء منه مباشرة .

العلاج الواقي المبكر هو عبارة عن استعمال حقن وغسل وتدليك بالمراهم في زمن التفريخ ويأتي هذا العلاج بفوائد جليلة في مدة الاثنتي عشرة ساعة الأولى بعــد ساعة التعرّض للعدوى في مرض الزهري وفي مدّة الأربع وعشرين ساعة الأولى لمرض السيلان .

التطهير الشخصى المباشر السريع — المرجو من القارئ ألا يكون منتصرا لرأى ومتعصبا له دون آخر بل يلزمه التفكير وجمع الأمور المعضدة لكل من الرأيين ويزنها بنفسه ثم يتبع ما يراه صالحا بعد ذلك .

إن أهم نقطة فى ذلك تنحصر فى تفهيم الجمهور وحثه على ألا يتوانى فى عمل التطهير الشخصى السريع وفى إقناعه بالحضور لطبيب حينما يشعر بتعرضه للعدوى فى أوائل زمن التفريخ لأنه كلما تأخر عن مباشرة عمل ما يؤمر به للوقاية كان أكثر عرضة لفتك الأمراض به .

فهذا هو أحسن شيء لعمل التطهير . و يجب التجاوز عن الشعور الأدبى الذى يحدث من عمله مع التسليم بأن عمل التطهير المباشر السريع يقى الشخص شر الوقوع فى المرض فى معظم الأحوال كما يجب أيضا تعليم كل فرد فى المجتمع (ذكرا كان أو أنثى) مايجب عليه عمله للوقاية من الأمراض هذا هو الرأى السديد لجمعية الوقاية من الأمراض الزهرية تدعو اليه بكل ما عندنا من قوة للوقاية منها ومحاربة انتشارها مع العلم بأننا نعطف كل العطف على الطرق الأخرى كالوازع الدينى والأدبى وتربية النشء لعلمنا بأنها قد لا تخلو من الفائدة فى تقليل الزنا .

وبعضهم يرى معارضة فكرة التطهير الشخصى السريع بغير غسل الأعضاء بالماء والصابون بعد انتهاء الجماع لهذين السببين :

(١) إن الشخص الذى تعرض للعدوى لا يمكنه بأى حال من الأحوال مباشرة عمل التطهير الموصى به بالدقة اللازمة ليأمن المرض وبناء على ذلك يكون عنده اطمئنان كاذب ولا يخفى ما فى هذا من المصائب .

(٣) إن الدعاية للوقاية من هذه الأمراض بالشكل التأكدى الذى تلقى به الخطابات والطرق الأخرى تشجع كثيرا على الزنا وذلك مما يحط من قيمة الآداب الاجتماعيـة (إذ كل فرد يعـلم أنه بعمل التطهير الشخصى السريع يأمن شر الأمراض فطبعا لا يمنعـه ذلك من الاستمرار فى الزنا قدر استطاعته) .

العلاج الواقى المبكر

يعمل هذا العلاج بواسطة الطبيب نفسه الذى ينبغى أن يكون متمرنا على هـذه الأحوال ومستعدا لذلك فى عيادته الخاصة كما أنه يعمل أيضا فى العيادة السرية وكما أن التطهير الشخصى السريع يحتاج الى دقة فى عمله كذلك نلزم هذه الدقة فى العلاج الواقى المبكر ليكون ذا نتيجة جيدة وهى الوقاية ولذلك يجب أن تكون العيادات السرية مفتوحة الأبواب ليل نهار وقد قال الدكتور « ألان » : إن عدد الرجال الذين يحضرون لعمل العلاج الواقى يزداد شيئا فشيئا فى العيادة السرية تحت رياسته وكذا تعوّد بعضهم الحضور فى أقرب فرصة بعد انتهاء الجماع ولا شك أن هذا يساعد كثيرا على تقليل الاصابات .

الاعتراضات على العلاج الواقى المبكر

(١) إن أغلب الجمهور يجتنب الحضور الى العيادة السرية بعـد انتهاء الجماع مباشرة خوفا من الاعلان ولذلك يفضل عمل التطهير الشخصى السريع عنه .

(٢) إن مرور الساعات الكثيرة بعد انتهاء الجماع وقبل الحضور للعيادة السرية لعمل العلاج الواقى المبكر قد تكسب الميكروبات فرصة مهاجمة الجسم وتجعل نسبة نجاح هذا العلاج صغيرة .

(٣) اذا كان من السهل المجازفة بضع ساعات وإهمال عمل التطهير الشخصى السريع خوفا من الخجل الأدبى الذى يعقب عمله فمن السهل جدا تحمل مخاطرة ظهور المرض ويجاب عن ذلك بأن فى الواقع ونفس الأمر أن الخطر الأدبى هو فى حمل القليل من الدواء اللازم فى كيس (جيب) الرجل أو المرأة اللذين يتعرضان للزنا ويلزمنا القول صراحة بأنه اذا اعتقد شخص أن سلامته تكون فى عمل العلاج الواقى المبكر فلا ضرر عليه من حمل الدواء وتخبئته لعمل العلاج الشخصى السريع .

نبذة من تقرير فرع الجمعية الطبية لمقاومة الأمراض الزهرية موزعة على الذين سينتظمون فى سلك الجندية للوقاية من الأمراض الزهرية

(وقد انتخبت هذه اللجنة تحت إشراف وزارة الصحة فى انجلترا)

الاجراءات الواقية للأمراض الزهرية التى يعملها الشخص بنفسه :

(١) يشمل العلاج الواقى المبكر بعد العلاج مباشرة .

(٢) يشمل العلاج الإجهاضى الذى يباشره الطبيب وقت ظهور أول عوارض المرض .

(٣) خلاصة التجارب الخاصة بنتيجة توزيع المطهرات قبل التعرّض للعدوى على الجنود .

(أ) يمكن التأكد من أن بعض العقاقير اذا استعملت بدقة كافية تمنع من ظهور المرض .

(ب) اذا لم تستعمل هذه العقاقير بدقة ومهارة فلا فائدة تأتى منها .

(ج) إن توزيع العقاقير الواقية تشجع كثيرا الإقدام على المجازفة فى الزنا مع أشخاص لم يكن فى نيتهم قرب الزنا وكذلك إهمال استعمالها فانه يزيد فى نسبة الأمراض .

(د) إنه مع إلقاء تعليمات شديدة بخصوص استعمال هذه العقاقير نجد مع الأسف أن بعض أشخاص يبدؤن استعمالها وقت ظهور عوارض المرض فقط مع العلم بأن ما أعطى له لا يفيد الحالة بعد ظهور المرض وتوجد فكرة عامة وهى أن العقاقير التى تستعمل للوقاية من المرض من باب أولى تفيد فى علاجه بعد ظهوره ولكن استعمال هذه العقاقير بعد ظهور المرض قد يخفى علينا معالمه فى الوقت الذى يجب علينا معرفته لمقابلته بما يلزمه من العلاج .

(ه) إن عمل العلاج الواقى المبكر بأيد ماهرة بعد التعرّض للعدوى له نتائج أحسن مما يعمله الشخص كعلاج واق شخصى سريع .

(و) إن الإدمان على السكر يقلل قيمة المسئولية الشخصية ولذا نجد إهمالا شديدا فى المدمنين فى عمل علاج التطهير الواقى الشخصى نفسه عن الحضور لعمل العلاج الواقى المبكر .

(ز) إن الاحصائيات الرسمية تشهد بأن توزيع العقاقير الواقية واستعمالها للتطهير لم يأتيا بنتيجة تشجعنا فى الاستمرار على محاربة هذه الأمراض من هذه الوجهة .

(ح) إن فكرة نشر الألعاب الرياضية والسباحة قللت كثيراً من نسبة الأمراض الزهرية فى الجيش قبل الحرب كما دلت التجارب على عكس ذلك أثناء الحرب حيث زادت هذه النسبة لعدم التمكن من السماح للجنود بالرياضة والسباحة اللازمتين لهم .

(ط) يلزم عدم تقسيم مجهودنا لنظريات مشكوك فى نتائجها والأولى بنا أن نوجه كل المجهود لعمل إعداد تمهيدات (بروباجانده) معقولة تحمل الجنود على استعمال العلاج الواقى المبكر مع إيجاد أطباء مهرة إخصائيين بهذه الأمراض لكى نثق من مداواة المصابين الذين يعالجون تحت رعايتهم وشفائهم لأن عدم النجاح فى الحصول على الشفاء يترك مراكز كثيرة لنقل العدوى .

لا شك أن العقول الراجحة تثبت لنا أن ارتفاع معلومات الهيئة الاجتماعية وآدابها على اختلاف درجاتها تقلل من نسبة حصول هذه الأمراض ومما يؤسف له أنه لا شيء يعادل ارتفاع المستوى الأدبى لمحاربة هذه الأمراض .

نتيجة الخلاصة

لم تقتنع اللجنة بنتائج عملية سارة من توزيع العقاقير لعمل العلاج الواقى على الجنود حتى تنصح باستمرار هذا التوزيع . ومن المؤكد أنه

يوجد بعض أحوال ثابتة تبرهن على فائدة هذا العمل ولكنها قليلة نسبيا ونسبة عدم نجاحها كان أعظم وبناء على ذلك ليس من العقل مطلقا اجبار حكومة ما على توزيع هذه العقاقير مجانا للأشخاص الذين يقربون الزنا .

العـدل يقضى علينا بذكر أفكار الذين هم أصحـاب نظرية التطهير الشـخصى السريع ونترك للقارئ ما يراه صوابا ولولا أنى أرى أن أعضاء هذه اللجنة يشغلون مركزا عاليا فى الفن الطبى لما أعرت قرارهم أى أهمية فان لجنة رئيسها اللورد استور ومن أعضائها السير ريد والسير دنكت وغيرهم لجديرة باحترام رأيها كما أنه لا بد لى من القول أيضا : بأن أولئك الفطاحل لم يباشروا بأنفسهم فى العيادات السرية أو فى مرضاهم الخصوصيين نتيجة توزيع العقاقير وفائدتها وإنما مقصدى القول بأن حكمهم كان للنظريات والعواطف أكثر منه للعمل فقد نصحوا لوزير الصحة فى انكلترا بأن معاضدة مسألة السرة (البقجة) أى توزيع العقاقير رسميا من الحكومة يقضى بانحطاط الآداب والافراط فى الزنا وسط الجمهور وأنا موقن بأنهم لو كانوا استعانوا بأشخاص من طبقة الأطباء العملية (المباشرة للعـمل بنفسها) وجادلوهم لكان رأيهم على خلاف ذلك .

لقـد كونت اللجنة رأيها بعد الاطلاع على جملة إحصائيات قدمت اليها وكلنا يعرف قيمة الاحصائيات الفنية فى هـذه الأمراض نعم قـد انتدبت هذه اللجنة بعض المشجعين بالاعتراف الرسمى لتوزيع العقاقير أمثال السير أوزلير واللورد دوسن فكان من العـدل أن تدون آراؤهما لاطلاع

وزير الصحة عليها ومن هنا نعلم أن رأى هـذه اللجنة كان يعوزه كثير من التروى والحذر قبل إصداره .

أما ما يقوله الفريق المشجع لتوزيع العقاقير فهو أنه :

(ا) يجب الحذر من تصديق الإحصائيات فى كل الأحـوال خصوصا فى حالتنا هذه حتى ولو عملت بأمهر الإخصائيين — نحن لا نسلم مطلقا بأن معظم الأحوال تتبع الاحصائيات مع احترامنا لصحتها ويلزمنا الاعتراف بأنه ربما كان هناك عامل أو عوامل مؤثرة اذا فحص عنها بنية حسنة أدت الى تعديل الرأى أو إبداله كلية .

(ب) اذا رفض أنصار نظرية عدم توزيع عقاقير للوقاية لأسـباب أدبية محضـة فلا أرى حقا لهم فى التعرض للحكم بفائدة هذه العقاقير أو عدم فائدتها .

(ج) لا يفهم من رأى أنصار عمل التطهير الشخصى السريع لمقاومة الأمراض الزهرية أنهم أيضا أنصار نظرية توزيع العقاقير .

(د) أما الذين يعارضون فى اسـتعمال التطهير الشـخصى السريع لأسباب أدبية فيجب عليهم إقناع أنفسهم بأن الاغراء الذى يحدثه حمل العقاقير فى (الجيوب) لا يعادل إعلان نظريتهم للجمهور بأن العلاج المبكر خير من عمل التطهير الشخصى السريع .

(ه) إن جميع الآراء متفقة على أن انتشار الزنا فى المجتمع هو هادم ومخرب للأسرة فى الأمة .

(و) إن غرضنا الأولى الوحيد تقليل نسبة الزنا بكل وسيلة ممكنة بصرف النظر عن نظريات الوقاية والعلاج المبكر والتربية والآداب والدين فهل فى الامكان ذلك ؟

لا بأس من ذكر خلاصة رأى جريدة اللانست الطبية الصادرة فى ١٨ أكتوبر سنة ١٩١٩ فى هذا الموضوع قالت : إن هناك نظريتين :

(١) استعمال التطهير الشخصى الواقى السريع .

(٢) استعمال العلاج المبكر فى الساعات الأولى بعد التعرض للعدوى ونحن نرى أن الأسباب التى يرتكز عليها كل من الفريقين لا زالت ناقصة وتحتاج الى كثير من البحث والفحص قبل تكوين رأينا النهائى فى الموضوع ولا توجد لدينا إحصائيات كبيرة للبت فيه فواجب على جمعية مقاومة الأمراض الزهرية أن تعنى بجمع المعلومات الوافية الوثيقة والاحصائيات التى لاغنى عنها قبل أن تقول لنا كلمتها الأخيرة فى الموضوع وقالت أيضا : إن الذين لا يوافقون على النصح باستعمال العلاج الشخصى الواقى لأسباب أدبيـة خوفا من تشجيع الجمهور على الإقدام على الزنا وتسهيل السـبل له بذلك فتنحط درجة الآداب العامة فيتهمون أضدادهم أنه بإزالة الخوف من الجمهور (وذلك طبعا بتوزيع العقاقير) لا شك أنهم هم المسؤولون عن ذلك بتوزيعهم للعقاقير .

إن الآداب والديانة لا يزيدان وازع الخوف فى الانسان كما أن صفة الخـوف مفقودة من معظم الجمهور لذلك تجـد الذين لا خوف عنـدهم

يجازفون بالزنا وبجهلهم بطرق الوقاية تزيد نسبة الأمراض الزهرية بطبيعة الحال وربما ينتهى فى البعض بنقل العدوى لنسلهم وأزواجهم فلو برهن على أن استعمال التطهير الشخصى للوقاية أتى بفوائد جليلة وهو كاف اذا استعمل جيـدا فى منع الأمراض لتحمل الذين يمنعون شيوعه لأسباب أدبيـة عظمى على أنفسهم ونكون إذ ذاك قـد ضحينا بصالح الجمهور نظير ما نسميه بالمسئولية الأدبية فمسألة استعمال التطهير الشخصى للوقاية تجاوب طبيا عن نتائجها ولكن هل لأنصار نظرية المحافظة على الآداب من جواب ؟

على أىّ سبب يبنون نظريتهم وهى أن الخوف يمنع الزنا فهذا بحث دقيق شامل لكل هذه النقط ربما يؤدّى الى اتحاد النظريتين من وجهة العمل بدلا من تضادهما سواء كان ذلك باستعمال العلاج الشخصى الواقى أم العلاج المبكر .

ونحن نعتقد أنه لو بحث المعارضون نظريتهم بدقة وحصروها فى النقط المهمة الدقيقة فقط لأنجلت لهم حقيقة دعايتهم ولا مانع إذ ذاك من نشر دعايتهم الأخرى (اذا رأوا فيها صوابا) وهى أن الغسـل بالمـاء والصابون بعد الجماع مباشرة قد يكفى لوقاية الانسان من العدوى من هذه الأمراض ولو سـلمنا جدلا أن هـذا النوع من الدعاية كاف للوقاية من العـدوى ألا يتحمل نشر هـذه الدعاية نفس المسؤولية الأدبية التى يتحملها أنصار دعاية استعمال العقاقير (المرهم ومحلول البرمنجانات الخ) للوقاية من المرض وكذلك أيضا أنصار نشر نظرية النصح باسـتعمال العلاج المبكر لا يخلون

من نفس المسئولية الأدبيـة . إن الفـرق بين نظرية استعمال العلاج الشخصى الواقى ونظرية استعمال العلاج المبكر هو بضع ساعات فقط أليس القول بأن هناك فرقا بينهما سفسطة فالأجدر بالذين يرون أن هناك فرقا أن يوضحوا لنا بجلاء أسباب قولهم .

إن الجمهور يمكنه تقسيمه الى ثلاثة أقسام :

(١) قسم منـه لا يمكنه أو لا يرضى عمل العلاج الشخصى الواقى السريع ويلزمنا إعطاء الفرص الكافية مع التسهيل اللازم لهذا القسم للحضور للعيادات السرية .

(٢) وهناك قسم آخر لا يمكنه بأى حال من الأحوال مباشرة استعمال العلاج الواقى المبكر سواء كان ذلك فى العيادة السرية أم كان عند طبيبه الخاص مع العلم بأن جزءا من هذا القسم لا يرغب مطلقا فى انتهاز فرصة وجود هذا التسهيل له فيلزم والحالة هذه نصحهم باستعمال العلاج الشخصى السريع للوقاية .

(٣) والقسم الثـالث متصف بنزعة الشـباب ويخضع للتأثيرات الأدبيـة والخيالية أو تأثير الديانة غالبا فلهـذا القسم يلزمنا بذل كل مجهود لإرشاده والتأثير فيه .

فيجب والحالة هذه توحيد مجهودات جميع الجمعيات والمجالس الخاصة لمحاربة هـذا المرض ولا بد من استكشاف قاعدة فنية تصلح للحملة فمثلا فى البحرية الانجليزية ينصحون بتطهير الأعضاء بالمـاء والصابون بعـد

الجماع مباشرة كما أنهم من أنصار استعمال العلاج الواقى المبكر أما فى الجيش فهم من أنصار استعمال العلاج الواقى الشخصى بالعقاقير وعلى ذلك اتحدت وجهة النظر الفنية فى وجوب عمل أى شئ من المطهرات بعد الجماع مباشرة بواسطة الشخص نفسه للوقاية .

وعلى العموم لا يلزمنا أن نترك الضحايا تتضاعف ونحن منهمكون فى تفنيد و بحث نظرياتنا الفنية وقد خطت البحرية الانجليزية خطوة أخرى فى إلقائها النصح والتعليم للوقاية من هذه الأمراض أما الجيش فانه خطا الخطوة العملية وهى استعمال العقاقير: ومن المؤكد أن الفائدة المحسوسة التى تعود على أمة كبيرة كبريطانيا ستعود فوائدها أيضا على بقية الأمم .

(٣) العلاج الاعتيادى فى العيادات السرية

لقد كان من حظ مصر فى عهد نهضتها الأخيرة التفات مصلحة الصحة لفتح العيادات الخارجية السرية نعم إن عددها قليل جدا ولكن لنا الأمل فى الازدياد على مضىّ الأيام والذى نرجوه من المصلحة أن تعين الإخصائيين لمباشرة هذه العيادات أو تنسج على منوال الرمد حينما ابتدأ يأخذ نصيبه من العناية بأن تجعل رئيسا خاصا لهذه الأمراض مركزه فى مستشفى الحوض المرصود وتجعل على كل طبيب يودّ الالتحاق بقسم هذه الأمراض التمرّن سنة على الأقل فى هذا المستشفى مثلا فبذلك تتضاعف فائدة العيادات أما وهى بحالتها الحاضرة فالفائدة محصورة نوعا مّا وقد سبقتنا الدول فى ذلك بطبيعة الحال ففى انكلترا مثلا تألفت لجنة وعينت مراكز

العيادات فى جميع أنحاء المملكة وأنشئت جميعها تقريبا تحت ادارة أطباء إخصائيين يباشرون هـذا العمل بأنفسهم ومن المدهش أنه حضر لهذه العيادات فى سنة ١٩٢١ (وكانت إذ ذاك تتجاوز المائتين) ١٠٥,١٨٤ نفسا كأحوال جديدة نعم إن تكاليف هذه العيادة كبيرة ولكن الفائدة التى تعود منها على الجمهور أكبر وتشكو انكلترا أيضا من عدم اتحاد الأعمال وطرق العلاج فى هذه العيادات لعدم وجود رؤساء إخصائيين مسؤولين فيجب علينا أن نعين مديرا خاصا لهذه الادارة ونترك له الحرية الكافية فى تسيير أمورها كما يحسن تأليف لجنة فنية دائمة يستنير برأيها المدير ويعرض عليها كل مايراه جديدا وأما ترك المسألة لمصلحة الصحة لتصدر كل يوم تعليمات جديدة دون أخذ رأى الاخصائيين فليس فى ذلك فائدة للجمهور أو للمصلحة ويجب أيضا تعيين مفتشين إخصائيين لهذه الأمراض للتفتيش على أعمال هذه العيادات وإرشاد من بها لكل ما هو جديد — وغنى عن البيان أنه يجب أن تفتح العيادات أبوابها ثلاث مرات فى اليوم : الأولى فى الصباح من الساعة ٨ الى الساعة ١١ صباحا والثانية فى المساء من الساعة ٥ الى الساعة ٨ مساء والثالثة تحت رياسة أحد الممرضين المتمرنين على العمل من الساعة ١٠ مساء الى الساعة الواحدة صباحا ويعالج النوعان (الذكور والإناث) على السواء ويلزم أيضا اتباع طريقة الحضور يوميا لمباشرة الغسل بواسطة الطبيب نفسه فى أحوال السيلان لتقليل أيام العلاج وأما إعطاء المريض سائلا ليحقنه بنفسه فى منزله فقد يهمل المريض نفسه أو يسيء استعمال الدواء فضلا عن إطالة المدة ولا بأس

من وجود عدد قليل جدا من الأسرة (أربعة مثلا فى كل عيادة) وذلك لراحة بعض المصابين بالتهاب فى البربخ مثلا حيث لا يمكنهم القيام بما يستلزمه من العلاج وخصوصا الراحة التامة وأما طريقة إعطائهم النصح والارشاد والدواء ليعملوا بأنفسهم فى منازلهم فقد تنتهى بمضاعفات أخرى وتزيد أيام عطلة المريض عن أشغاله وأيام علاجه أيضا ولا بأس عند اتساع المشروع أن يعمل فى بعض العيادات أسرة لمتوسطى الحال بأجر متوسط .

مسألة النساء

كثيرا ماتكون حالة المريضة لاتستحق حجزها بالمستشفى وقد تساعدها على الاستمرار فى الزنا فتكون مرتعا خصبا للعدوى هذا من جهة ومن جهة أخرى فقد يصعب علينا إقناعها بضرورة الحضور يوميا للعلاج فتطول أيام مرضها وفى ذلك ما لا يخفى وقد يصعب على بعضهم عمليا عمل (حمامات) بالمنازل لأسباب عائلية أو غيرها فيحسن والحالة هذه أن تعمل مستشفيات خاصة لمن يمكنهن الاقامة بها بأجر زهيد وذلك حفظا لصحة الجمهور ولا بأس من تدبير خطب وعظ وإرشاد لهن من وقت لآخر وقد لاحظ مراقب هذه الأمراض فى وزارة الصحة الانكليزية أن عدد المرضى يزيد دائما باطراد حينما يكون طبيب العيادة عالما بفنه ذا ولع به وذا أخلاق حسنة ويجب ألا يسمح له فى أى حال من الأحوال بمباشرة عيادة خاصة له وأما مسألة ترتيب العيادة أو مركزها أو نظافتها أو قيمة استعدادها فكل ذلك فى الدرجة الثانية . ومن الضرورى جعل مواعيد

العيادة مناسبة لمواعيد عمل الأشخاص فى المنطقة التى بها العيادة وأما اختيار أى طبيب حسبما اتفق ليقوم بهـذا العمل فأمر لا يتفق مع الفن ولا مع مصلحة الجمهور وكذلك جعـل بعض الأطبـاء يباشرون علاج هؤلاء المرضى فى المستشفيات العادية لمصلحة الصحة بالتناوب فأمر يجب إبطاله وتعيين واحد منهم فقط ليؤدى العمل كما أنه ليس من صالح العمل والجمهور فى شىء انتخاب أطباء يباشرون عيادات الانكلستوما لعلاج الزهرى فيجب أن ينشأ قسم الزهرى فى هذا القطر على قياس قسم الرمد سواء بسواء .

تقصير المرضى فى المواظبة على الحضور بالعيادات

إن أهم ما يشغل أهل الفن هى هذه المسألة لأنها توضع على بساط البحث ويرد عليها السؤال الآتى هل النقود التى تصرف الآن فى محاربة الأمراض الزهرية لها الفائدة التى تعادلهـا ؟ . لأن من ضمن الأسـباب الوجيهة ضد هـذا المشروع أن كميـة كبيرة من المرضى لا يواظبون على الحضور حتى يؤذنوا بعدم الحضور لتمام شفائهم .

هـذه النسبة تختلف فمن ٢٠ إلى ٥٠ ٪ لا يحضرون إلى أن يشفوا وأما فى العيادات الخاصة فأرى أن ٢٠ ٪ فقط من المرضى (مرض السيلان خاصة) هم الذين يواظبون على الحضور للنهاية أما الأسباب الداعية لذلك فهى على الراجح ما يأتى :

(١) إن الحملة القائمة ضد هـذه الأمراض لا تزال فى بدئهـا فلم تثمر بعد فى النشء الحديث هذه التأثيرات والارشادات سواء كانت علمية

أو أدبيـة أو دينية حتى يفهم هذا النشء قوة فعل هذه الأمراض بالأمة فيجتهد فى التخلص منها بمواظبته على العلاج أو اتباع النصائح .

(٢) كثيرا ما يحضر للعيـادات الزهرية بعض أشخـاص يشكون من عدة عوارض تستـلزم فحص البول بكتريولوجيا أو فحص الدم الى غير ذلك فتؤخذ الأمثلة (العينات) فى العيادات ويؤمرون بالحضور على ميعاد يومين أو ثلاثة مثلا فتذهب هـذه بالعوارض فى بعض الأحيـان فلا يرى المريض سببا للسؤال عن نتيجة الفحص مع العلم بأن أغلب هؤلاء مصابون بأمراض مزمنـة تظهر حدتها بين وقت وآخر فيكونون مركزا عظيما فى نقل العدوى كما أنهم يزيدون فى الاحصائيات لنسبة الذين قيدوا أسماءهم ولم يحضروا .

(٣) من المعلوم أن بعض المرضى يعتقد بأنه فى حالة ما يكون الافراز معدوما يكون المرض معدوما أيضا ونعلم أن عمل قليل من الغسل للمجرى أو الحقن يذهب بالافراز فيعتقد المريض الشـفاء ولا يكلف نفسـه مشقة الحضور ولكن من المؤكد أن المرض ينكس فيعتقد المريض أن العيادة التى حضر اليهـا أولا ليست أهلا لعلاجه فيـذهب لأخرى فيلزمنا والحالة هـذه تفهيم المرضى بادئ ذى بدء أن عدم وجود إفراز لا يدل على الشفاء .

(٤) من المعلوم أن بعض المرضى ليس لهم مستقر فى بلد كالسواحين والبحارة أو الذين يحضرون الموالد من الفلاحين فيستشيرون الطبيب

ويأخذون العلاج أثناء وجودهم بالبلد فقط وينقطعون عند رحيلهم وهذا أيضا يسبب زيادة نسبة الذين لا يواظبون على الحضور للعيادات .

(٥) كثير من المرضى يحضر للعيادات السرية أو الخاصة تحت أسماء مصطنعة وقد ينسون هذه الأسماء فيقيدون من جديد وهذا أيضا مما يزيد النسبة .

(٦) تحادث المرضى بعضهم مع بعض أثناء انتظار مقابلتهم للطبيب ويخيف المرضى القدماء غيرهم من حديثي العهد بالمرض إما بطريق المزاح وإما بالايهام بالكذب .

فالمسألة محصورة فى كون الطبيب يفهم المريض ويؤثر عليه بأن الخطر كله فى عدم المواظبة على الحضور مهما كان سبب عدم الانتظام فى الحضور .

(٤) التبليغ الإجبارى

تمهيد

لقد كانت ولم تزل المناقشة فى الدائرة الفنية الطبية حادّة جدا بين الأنصار الذين ينصحون باستعمال العلاج الشخصى الواقى السريع وأضدادهم وعلى الراجح سيدعى الجمهور ليأخذ نصيبه ويبدى رأيه لأن المسألة ليست بالفنية المحضة وأن للآداب العامة عند الأمم دخلا كبيرا فيها .

وهنالك مسألة أخرى سيشورها الجمهور وهى التبليغ الاجبارى وأعتقد أن هذه مسألة معقدة ولا بد لنا من إثارة أفكار الجمهور حتى يوافق عليها

وذلك سيستغرق زمنا ليس بالقليل وقد صرحت اللجنة الطبية الملوكية البريطانية للأمراض الزهرية بضرورة جعل شهادة الوفاة شهادة سرية حتى يمكننا الحصول على إحصائية عادلة ودقيقة لهذه الأمراض أما مسألة التبليغ فقد أرجئت للزمن وذلك حتى يتيسر الانتفاع بالطرق الفنية المحضة (كالمعامل وغيرها) مجانا وفى كل مكان لسهولة الحصول عليها والتأكد من التشخيص فنيا قبل التبليغ وبطبيعة الحال ستأخذ هذه المسألة دورها فى الوقت المناسب .

وقد عملت طرق كثيرة للتبليغ فى بعض المستعمرات الانكليزية وفى ولايات من الولايات المتحدة الامريكانية وفى بلاد الدانيمارك حيث جاءت بنتائج حسنة ولا شك أن سكان هذه الممالك خلعوا عنهم صفات التنميق والآداب الكاذبة وأرادوا مقابلة الحقيقة والأمر الواقع وجها لوجه ولا يعزب عن البال أن كثرة مشاغل الحياة وتشعباتها المعقدة ونموها السريع مما يعطل كثيرا اعتبار مسألة التبليغ أساسا صحيا فنيا دوليا ولكن قد ندرك بعد الصبر والسياسة والأناة كل ما نرغبه فنيا ولو بعد حين .

هل التبليغ الإجبارى مرغوب فيه حقيقة ؟ !

إن صحة فكرة التبليغ الاجبارى موجودة فى رؤوس فطاحل الفن ولكنها فى دور الاختيار وربما نضجت الآن . إن حماية الجمهور الصحية والتحقق من أن المرضى يداوون بأحدث الطرق وأدقها وإيجاد قانون للتبليغ كما يوجد الآن للأمراض المعدية الأخرى مما يهم الدوائر الطبية

تنفيذه حيث يعتبرونه من واجبهم بصفتهم مسؤولين أمام ضمائرهم عن صحة هذا الجمهور ونرى ضرورة توجيه أفكار الجمهور الى الخطر الذى ينشأ عن هـذه الأمراض بكل الوسائل الممكنة وقد يحتاج ذلك الى خمس سنين على الأقل فى مصر قبل صيرورة هذا القانون نهائيا وفى كل هذه المدة يلزم مصلحة الصحة عمل الإعداد (البروباجنده) اللازم عن شدة فتك هـذه الأمراض بالقاء المحاضرات المصحوبة بالصورة المتحركة كما تفعل الآن للملاريا والبلهارسيا وغيرها وكما يجب علينا الضرب بيد من حديد على الدجالين ومنع تسرب الاعلانات الكاذبة ليـد الجمهور كقولهم بأن الطبيب فلانا يداوى السيلان فى ثلاثة أيام وأنه يشفى الزهرى بحقنة واحدة الخ وكذلك التشديد على حضرات الصيدلية الذين يباشرون علاج السيلان خصوصا بكثرة هائلة وادعائهـم التفوق الفنى على الإخصائيين أنفسهم وبذلك يتسلطون على قسم ليس باليسير من الجمهور وسأتلو عليك أيها القارئ بعض آراء فطاحل الفن المشجعين للتبليغ وأضدادهم .

التبليغ عن الأمراض الزهرية
آراء وثيقة

(١) السير موريس : "إن تجاربى المختلفة الخاصة بهذه الأمراض والاطلاع على تقارير وإحصائيات اللجنة الفنيـة الملوكية تجعلنى أعتقـد أن تنفيذ قانون التبليغ الاجبارى الآن يكون عقبة كبيرة أمامنا فى تنفيـذ الاصلاحات الجارى الآن عملها وهى ترتيب ونظام العيادة السرية والضرب

على أيدى الدجالين فقبل أن يتم لنا ذلك على الوجه الأكمل لا يمكننى مطلقا الموافقة على تنفيذ هذا القانون وأما الذين يسارعون الآن فى تنفيذه قبل ما يتم تعميم طرق التشخيص والعلاج الفنية للجمهور بسهولة وبدون أجر وثمن فمن المؤكد أنهم سيعجلون الحكم على هـذه الفكرة بالإلغاء بل وبالدفن " وقد يحمل فى انجلترا الآن بالضرب على أيدى الدجالين .

وقال العلامة سيكوابرا : " فى بعض أجزاء الولايات المتحدة الأمريكانية وبعض المستعمرات المستقلة البريطانية عمل قانون بالتبليغ الاجبارى بدون ذكر الأسماء كما نشروا الاحصائيات فى الجرائد الطبية وقد سادت الفكرة العامة بأنه لا يوجد مواراة للأمراض على شرط أن يوجد العلاج الكافى وعلى ذلك صار فى المقدور الطبى فى هـذه الأجزاء من الولايات المتحدة الأمريكانية فحص كل شخص يشتبه فى مرضه الفحص القانونى الدقيق أما البلاغات الكاذبة فى هـذه المواضع فيعاقب أصحابها عقابا صارما ومن المؤكد أنها لا تخلو من مجازفة فى فحص أشخاص أبرياء بالقوة الجبرية فقد يكون لذلك رد فعل شـديد ضد هذا القانون ولكن نحن فى بريطانيا أمام صعوبات كثيرة فمثلا عنـدى فى عيادتى الخاصـة بالأمراض الزهرية مساعدون لهم شغف شديد لمعرفة المرضى بهـذه الأمراض والتأثير فيهـم بالحضور حتى تمام الشفاء فالمرضى الذين يتأخرون عن مواعيدهم (وتعادل نسبتهم نحو ٤٠ ٪) يعطون نصائح طبية مؤثرة مع العلم بأن بعضا منهـم ربما يكون انتقل من مكانه الى مكان آخر بعيد عن عيادتنا والآخرون يكونون ملاحين ونؤكد أيضا أنه لا تزال نسبة كبيرة لا تحضر بانتظام وليس

عندنا طريقــة لاجبارهم على الحضور وكثير منهــم يودّ مساعدة الحكومة له خذ مثلا هذه الحكاية امرأة متزوجة مريضة حضرت بالعيادة وبعد فحصها وجد بها مرض فنجتهد عادة بإحضار زوجها بدعوة منها فلا يحضر فبطبيعة الحــال تسأل المرأة نفسها لمــاذا تحضر للتــداوى ما دام زوجها مريضا ويوجد حينئــذ احتمال لعدوها مرة ثانيــة منه مع أننا لا نملك أى قانون يجبر الزوج على الحضور فماذا نفعل وأذكر أيضا الحالة الآتيــة حضرت امرأة صغيرة السن فى عيادتى فوجدتها مريضة بالزهرى فى أول درجاته وابتدأت فى العلاج ولكنها انقطعت قبل إتمامه فكتبت اليها بالحضور فحضرت بعــد مدة طويلة وقــد فتك بها المرض ومعها طفلها الذى يبلغ عمره بضعة أسابيع وهو مصاب بالزهرى الوراثى فمن المؤكد أنه لو كانت هــذه المرأة أتمت علاجها فى أول مرة حضرت فيها كما ينبغى لسلم الطفل من المرض فرأيى المستقل عن تأثير أى جمعية أو لجنة هو أنى أتمنى مجىء اليوم الذى ينفذ فيه قانون التبليغ الاجبارى كما هو موجود فى بعض مستعمراتنا .

(١) يعمل قانون للتبليغ عن الأمراض الزهرية إجباريا — يجبر المرضى على الحضور فى العيادات السرية على حساب الحكومة فى أوقات معينة أو لحساب أنفسهم عند طبيبهم الخاص للعلاج وأن يستمروا فى ذلك حتى يشفوا ويحسن أن يبدأ التنبيه بدون ذكر الأسمــاء ولكن فى بعضهم يلزم ذكر اسمه للصحة لتتخذ ما تراه نحوه فى حالة عدم مواظبته ولى أمل فى أن الجمهور يوافق على هذه الاجراءات فى المستقبل .

(٢) يلزم أيضا إعطاء القانون قوة إجبار الأشخاص المشتبه فيهم بحق بأنهم مرضى ليتمموا علاجهم مثلا الزوج حينما تكون امرأته تحت العلاج — الوالدان اذا كان لهم ولد مصاب بالزهرى الوراثى و بطبيعة الحال يلزم عمل كل هذه الاجراءات بغاية التكتم محافظة على الأسرار ولابأس من إيجاد عقوبات بالأشغال الشاقة للذين يفشون هذه الأسرار»
(اقتبس بتصرف من خطاب ألقى فى مؤتمر بروكسل سنة ١٩٢٠)

الآراء ضدّ التبليغ عن الأمراض الزهرية

الدكتور داجاس وايت قال : « التبليغ عن الأمراض الزهرية معناه فى الوقت الحاضر إرغام كل شخص يريد أن يعالج نفسه على الاستمرار فى العلاج وحينئذ تحصر المسألة فى كون الأشخاص الذين يعرضون أنفسهم للعلاج نعتبرهم بحق خطرا على الجمهور اذا لم يتموا علاجهم كما يريد الطبيب وبهذه الطريقة قد نفقد أكثر مما نربح فالتبليغ سلاح ذو حدّين حدّه الأول يجبر أشخاصا قليلى العدد نسبيا على إتمام معالجة أنفسهم ولكن من المؤكد فى الوقت نفسه أنه يجعل كثيرا من المصابين يترددون فى عرض أنفسهم للعلاج بالمرّة .

أما الآن فيحضر الجميع للعلاج بكل حرية واطمئنان موفرين علينا الاجراءات القانونية وأرى أن كل شيء يعطل هذا النظام لا بدّ أن يكون عقبة كئودا تمنع الحضور والعرض وقد يشعرون أنهم بدلا من أن يدخلوا لاستشارة الطبيب يدخلون المصيدة فالخوف هنا يعمل مفعوله حيث له

التأثير الكافى فى النفوس فى مثل هـذه الأحوال فنرى والحالة هـذه أن التردّد والخوف للحضور مؤكد حصولها فى حين أن الارغام على الاستمرار فى العلاج يضعف نسبيا ، أنت لا تقدر أن ترغم رجلا أو امرأة على العلاج رغم أنفهما نعم تقدرأن ترغمهما فقط بعد ما يعرضان أنفسهما عليك وقد حصل فى مدينـة فيكتوريا (استراليا) أن ٨٠٠٠ شخص عرضوا أنفسهم للعلاج فى سـنة ٩١٨ فتأخر منهم بعـد الانذار نحو من ١٥٠٠ ولم يمكن للحكومة تتبع أكثر من ٩٠٠ شخص من المنذرين فنرى أن نسبة ١١ ٪ تقريبا لم تستمر فى العـلاج ويعلم الله أن كثيرا من الأشخـاص المصابين تردّدوا فى عرض أنفسهم بالكلية .

فى انجلترا فى سنة ٩١٨ حضر ٦٠ ألفـا للعلاج فى العيادات السرية وفى سنة ٩١٩ حضر ثمانون ألفا . ومن المؤكد أن عدد المصابين الحقيقيين فوق ذلك بأضعاف فحقيقة المسألة هى أن نغرى المصابين ليعالجوا أنفسهم وليست الحقيقة هى إرغام الذين يعرضون أنفسهم وهم القسم الأصغر على الاستمرار فى العلاج .

لم أقصد البتة الاستخفاف بفكرة العـلاج الطويل إنما يوجد بعض أشخاص يعتقدون فى المثل القائل (مالا يدرك كله لا يترك كله) ونعرف كثيرا من المصابين بالزهرى عولجوا لمدة سـنة ثم تركوا العلاج ولا توجد عليهم علامات ظاهرة للمرض وغالبا ليس يحصل منهم ضرر جسيم بالاختلاط فى المجتمع وهـذا لا يمنع بطبيعة الحال ظهور العوارض عليهم بعـد مضىّ

سـنة فأنا أفضل شخصيا ترك النسبة الصغيرة التى لا تواظب على العلاج أولى من حجز النسبة الكبيرة لعرض نفسها للعلاج خوفا من الإرغام — إن مسألة عمل العلاج الواقى الشخصى السريع هى مسألة أدبية وفنية معا أما مسألة التبليغ فالقصد منها استئصال المرض من الأمة فالدائرة الطبيـة تود ذلك من صميم فؤادها ولكن عندنا طريقان : التسهيل والاغراء للحضور للمعالجة أو الإرغام على العلاج فالتبليغ والنهاية التى نقصدها منه من المؤكد أن نتائجه تختلف بحسب نوع الأمراض ففى مثل الكوليرا مثلا تحدث نتائج مهمة وإهماله فى أمراض أخرى لايحدث تأثيرا (ويحسن أن أذكر رأى الدكتور نيوشلم فى مذكرته عن التبليغ فى الأمراض الزهرية حيث قال : (ليس من رأيى إرغام الناس على العلاج أو استمرار العلاج فى أحوالنا الحاضرة ويسرّنى أنه كلما ارتفعت تربية المجموع يصير أمر اهمال العلاج غير ممكن بطبيعته) .

اذا أنشأنا حاجزا حول المصابين الذين يعرضون أنفسهم علينا فمن المؤكد أننا نمنع كثيرا من دخول هـذا الحاجز كما حجزنا الآخرين فى داخله ومن المسلم به أنه اذا كانت نسبة الأمراض الزهرية ضعيفة كان الإرغام واجبا أما الآن وهو بنسبته العاليـة فالإرغام لا يفيد والاغراء والتربيـة والتعليم مع إيجاد الوسائل التى تسهل للمرضى علاجهم هو الطريق الوحيد للوصول لمحاربة هذه الأمراض .

هذا كل مايخص الجمهور فى الموضوع أما مايخص الأطباء من حيث إنهم حملة أسرار فهو أمر آخر .

إن مهاجمة الثقة المتبادلة بين المريض والطبيب هى أمر ذو بال ونحن نشعر به هنا فى مسألة التبليغ عن الحميات المعدية ولكن ابتدأنا فى مصر نقتحم هذا الحاجز رويدا رويدا وكلما كبرت نسبة عدد المتعلمين لا تعتبر هذه المسألة مسئلة ثقة بالطبيب ولكن من ذا الذى يرضى التبليغ عنه بأنه مريض بالزهرى أو السيلان مهما بالغ الطبيب فى التأثير فى المريض بأن المسألة سرية وبقصد حسن .

وأخاف أنه اذا أخذت مسألة التبليغ مجراها القانونى أن تملأ عيادات الدجالين بالمرضى ويصير القانون فى حكم المهمل ولا أبالغ أن الدجالين يرفعون حينئذ قيمة زياراتهم .

أما أنا فلست مقتنعا بأن طريقة التبليغ فى الولايات المتحدة وفى بعض المستعمرات البريطانية صادفت نجاحا وبالاختصار إننا اذا اتبعنا مسألة التبليغ فقد قذفنا بالمرضى إلى الدجالين الذين يتقاضون أتعابهم مضاعفة ولا يعملون عملا يذكر نظير ذلك .

الخلاصة

ليعلم القارئ أن الجمهور الآن على غير استعداد للفصل فى مسألة التبليغ عن هذه الأمراض أو عدم التبليغ فواجبنا ينحصر فى الثانى والاطلاع على نتائج عملنا ونتائج الأمم المختلفة وأن نعتبر الحالة كهدنة ولا يلزم أن يعتبر بعضهم ذلك ضعفا منا ولكنه هو الصواب والحكمة لينتخب الطريق الأقوم .

ويلزمنا ألا ننسى أن التبليغ عن الأمراض الزهرية ليس كالتبليغ عن أمراض الحميات المعدية لأن الخوف من الإعلان عن الأشخاص المصابين له تأثير كبير فى الفرق بين المسألتين فلو تعجلنا قبل ما نزن المسألة وجعلنا التبليغ الاجبارى أمرا نافذا فى الأمة ربما يأتى منه عكس المرغوب فيمجه الجمهور ويحبط المشروع من أوله كلية وأعتقد أنه لا يمضى القليل من الزمن حتى يتحقق للجمهور بعد إنارة فكره ونشر التعليم والتربية فى كل الطبقات أن أمر التبليغ أمر اعتيادى وحينئذ ربما يسبق الجمهور الى طلب تنفيذه من الحكومة وتحل العقدة .

الفصل الثالث

حصر الدعارة – البيوت ذات الرخص

لا بد لكل مختص بالأمراض الزهرية وأسبابها ونتائجها من درس شيء عن الدعارة لالتصاقها الشديد بهذا الموضوع – إن الدعارة صناعة موجودة من قديم الأزل ، فقد مضى عليها وقت اعتبرت فيه كتجارة بالأعراض ومضى وقت آخر كان أعضاؤها فى موضع الاحترام والشرف كأنهم يؤدون خدمة للوطن .

أما الآن فإن مسألة الدعارة تعتبر من المسائل المخزية الشاغلة لأفكار الهيئة الاجتماعية فى كل الأمم ولا تخلو امة ما من السعى فى إيجاد حل لها أما هنا فسنقتصر على بحث الموضوع من وجهته الفنية ونلفت نظر القارئ الى نظريات قليلة عامة لكيلا يقع فى شرك أفكار مبهمة وخطرة وبطبيعة الحال سوء التفاهم يحصل فى كل مسألة تكون تحت البحث الدقيق فيجب علينا والحالة هذه أن نشرح معنى لفظ الدعارة للقارئ لكى يفهم مايقصد منه فى موضوعنا هذا .

إن لفظ الدعارة يستعمل ككلمة عامة مبهمة فى بعض الأحيان ويرى آخرون حصرها فى مسألة التجارة بالأعراض للفوائد المادّية التى تعود

من ذلك لذلك نرى أن كثيرا من النساء ينهمكن فى الزنا فيلزمنا والحالة هذه البحث عنهنّ ومن أى قسم يكنّ ففى بريطانيا العظمى تنقسم النساء المنهمكة فى الزنا الى أقسام كثيرة منها :

(١) منهنّ من يستمررن فى الانهماك فى الزنا ويتخذنه عادة لهنّ للمساعدة على الحياة فنسمى تلك العاهرات الرسميات أو ذوات الصناعة ولزيادة التعبير نقسم هذا الى قسمين أيضا :

(أ) منهنّ من يجد العملاء (الزباين) فى وسط الطبقة المتوسطة مثل الجنود والبحارة فكثيرا ما يصاحبونهنّ على ظهر المركب .

(ب) يخدم هذا القسم احتياجات الذين بسبب مركزهم الاقتصادى يقدمن مددا للقسم الأول ويمكن تسميته بالقسم السرى — إن عدد هذا القسم فى مصر يزيد على عدد العاهرات الرسمية مرات كثيرة أما فى البلاد الأجنبية حيث ينشط رجال الشرطة (البوليس) وينفذ أوامره الشديدة على أصحاب هذه التجارة فالقضايا تقدم ضدّ أصحاب المنازل الذين يسمحون باستئجارها لتجعل بؤرة يرتكب فيها ما يخل بالآداب فيجب علينا حينئذ إصدار قانون يعاقب به صاحب المنزل كما يعاقب المتجر بالأعراض وقد يعتقد بعض العملاء (الزباين) عن خطأ ، أن تلك النساء السريات أقل خطرا وأكثر نظافة (طبيا) من العاهرات الرسميات ولا يعزب عن البال أنه كلما شددنا فى قانون العاهرات الرسمية تزيد فى عدد العاهرات السرية وفى ذلك من الخطر ما لا يخفى فالواجب معاملة العاهرات الرسميات باللين

وتسهيل سبل الراحة لهن فى المستشفيات أو طرق العلاج حتى اذا كان هناك نساء يحترفن هذه الصناعة سرا يفضلن الخروج من السر الى الجهر وأؤكد للقارئ بأن العاهرة السرية هى أشد وبالا على الأمة والمجتمع من العاهرة الرسمية .

(٢) يشمل هذا القسم النسوة اللاتى يشتغلن بصناعات مختلفة وذلك كالتمثيل فى المسارح وما يتبعها — بنات الحوانيت — الخادمات فى القهاوى والمطاعم والفنادق وغيرهن ممن ينغمس فى الزنا لأحد المقاصد الآتية :

(أ) لزيادة دخلهن .

(ب) ومنهن اللاتى يقبلن الهدايا كأشياء الزينة أو الأزياء الحديثة الخ مما تعجب به النساء دائما .

(ج) واللاتى يرغبن فى تمضية الوقت السعيد إرضاء لشهواتهن ويقع هذا القسم ما بين قسمى (أ) و (ب) ويصح تسميتهن بنصف هاويات (غواة) .

(٣) يشمل هذا القسم النساء اللاتى يعشن عيشة مرضية وفى يسر من الجهة المادية وإنما يرتكبن الزنا من وقت الى آخر بدون انتظام وحسب أهوائهن وهنّ اللاتى يدعون بالهواة (الغواة) .

لا شك أنه يوجد عند بعض النساء انفعال نفسانى يشبه الحب ولكنه وقتى والباقيات من القسم اللاتى يبغين إرضاء شهواتهن وكثيرا ما يحكى أن عدد النساء يفوق عدد الرجال فيحدث ذلك يأسا فى المرأة

وتعتقد لسبب أو لغير سبب أن الحياة الزوجيـة قد لا تكون من نصيبها فهذه النسوة يشعرن بهذه المسألة كما يشعرن أيضا بترضية شهواتهن فيفضلن انتهاز الفرص من الآن أولى من الانتظار للمستقبل .

إن مسألة تفوق عدد النساء على عدد الرجال يرجع الى سببين :

(ا) حياة المرأة عادة أطول من حياة الرجل .

(ب) كثرة عدد الأرامل .

فاذا طرحنا هذين العددين من المجموع النسائى فمن المؤكد أننا نجد بعض البواقى اللاتى لا تكون الحياة الزوجية من نصيبهن ونسينا أن نطرح عدد تلك النسوة اللاتى يعتبرن أنفسهن أنموذجا للمرأة الحديثة (ولهن فى ذلك غرام خاص بهن فى المجتمع الحيسوى والأدبى) ويجعلن أنفسهن طبيعيا ورياضيا وربما كان عقليا أيضا ليستخرجن بمـا لهن من قوة جذابة أكثر ما يمكنهن من إلفات نظر الرجال اليهن وهن اللاتى لم يفهمن أن للنساء حدّا وشغلا خاصا بهنّ نعم قد يمتد عما كان لهنّ فى المـاضى غير أن هـذا الحد لا يلزم أن يضحى بما ورثه من الجنسية .

ولا يخفى أن بعـد كل هذا التسامح مع هـذه النسوة اللاتى ذكرتهن لا يزال يوجد بين النساء المرأة الطبيعية المستعدة للحياة الزوجية غير أنهـا تميل فى بعض الأحوال لارضاء شهواتها .

هذه هى الأشكال التى عندنا نعرضها للقارئ ليستخرج بآرائه لنفسه ما يشاء ويجعله أساسا لأفكاره الانسانية والاجتماعية .

علاقة الأمراض الزهرية بالزنا والدعارة

مهما بذلنا من الجهد ضد تفشى الأمراض الزهرية فى المجتمع سواء كان ذلك بعمل الأدوية الواقية أو غيرها مما يستحدثه الطب فلا بد أن يستمرّ هذا التفشى بين المجتمع على يد اللاتى يدعون أنصاف بغايا أو بغايا كاملة وقد زدت اعتقادا بهذه الفكرة نظرا للزيادة المطردة للزنا فى قسمى ٢ و٣ ولو باتباع الاجراءات الصحية التى تعملها العاهرات الرسميات ومن المدهش أنه لا يمكن مطلقا استئصال أعضاء قسمى ٢ و ٣ من المجتمع خصوصا قسم الهواة مالم يرتق المجتمع خياليا بدرجات كثيرة عما هو عليه الآن فكل ما قيل عن الوقاية من هذه الأمراض لا شك أنه يقلل نسبتها أما كونه يمحو الزنا فمن المحال .

البيوت ذات الرخص

بعض الناس فى أوربا يعتقد أن التصريح لمثل هذه البيوت بالشغل يقلل الأمراض الزهرية ولكن أطباء الأمراض الزهرية لا يوافقون على هذه الحصانة فى تلك المنازل فالنور الأحمر المعلق عليها ليس علامة للنجاة وانما هو علامة للموت .

المسألة كما هى

المسألة العويصة أمامنا هى منع تفشى الأمراض الزهرية و إيجاد مجتمع أرقى من المجتمع الحالى أخلاقا مع حفظ علائق الجنسين فى مستوى

أعلى مما هو عليه الآن فيجب علينا إذا أن نبحث عن حل سواء كان بواسطة الدين أو الآداب أو الطبيعة فلنبادر بتكوين لجان مختلفة لحل هذه المسألة ولنعطها من الحرية فى عملها أكثر مما تنشده منا حيث يجب عليها إذ ذاك أن تفحص مسألة الزنا لا مسألة الدعارة لأنه الأساس فأسباب الحيوية المهملة للآن والأوجة الدينية والاقتصادية ومسألة تربية النشء كل هذه هى أهم بكثير لمحاربة الأمراض الزهرية وعمل القوانين اللازمة لذلك مع منع المهاجرات كما أن مسألة العهر يجب أن تدرس وتعامل بظروفها الخاصة لأن فى التمادى فيها ضررا لمصلحة الجمهور العامة .

فمتى ألفت لجنة كهذه يمكن إنقاذ المجتمع من الخطر المدلهم الذى يحيط به .

الفصل الرابع

الجمعيات المساعدة

إن الأمم الناهضة تعلم حق العلم أن محاربة هذه الأمراض لا تتسنى للحكومة وحدها مهما بلغت من الرقي ولذلك تسارعت فى إنشاء جمعيات خيرية مساعدة للحكومة وقد حصلت هذه الجمعيات على نتائج مرضية جدا ولو أنها أنشئت منذ سنين قليلة ففى بلاد الانكليز مثلا أنشئت هذه الجمعيات وسنت لنفسها قوانين كثيرة منها ما هو للجمهور ومنها ما يخص الأطباء أنفسهم حيث يمكنها أن تعطى أو تساعد أى طبيب كان على معرفة ما لهذه الأمراض من الأهمية فى الهيئة الاجتماعية كما لا تبخل بنصائح مجانية لبعض الأحوال المستعصية فى هذه الأمراض للأطباء أنفسهم .

وسأذكر هنا باختصار نموذجا لجمعية أو اثنتين مع بعض مواد مهمة من قوانينها لعلنا نتأثر وننشئ جمعية بمصر لهذا الغرض .

(١) المجلس الأهلى لمحاربة الأمراض الزهرية
(فى بريطانيا)

(أخذت هذه المعلومات عن السكرتير العام للمجلس الأهلى حيث قال) :
أنشئت هذه الجمعية فى سنة ٩١٤ من أطباء ومندوبين عن الجمعيات الأهلية

الاجتماعيــة والكنائس وبعض من المربين ولمـا أصــدرت اللجنة الملوكية للأمراض الزهرية تقريرها فى سنة ١٩١٥ انضم أغلب أعضائها الى المجلس الأهلى وانتخبوا من الجميع لجنة تنفيذية .

الغرض من الجمعية ما يأتى

(١) الحصول على معلومات دقيقة خاصة بتفشى هذه الأمراض وضرورة العلاج المبكر .

(٢) ترقية التسهيلات للحصول على العلاج .

(٣) إيجاد الفـرص الكثيرة للأطباء واطلبة الطب لدراسة هـذه الأمراض .

(٤) المساعدة والتشجيع للحصول على معلومات قوانين الحيـاة الفسيولوجية لترقية مستوى الصحة والأخلاق .

(٥) التآزر فى العمل مع الجمعيات الموجودة وإعطاؤها نصائح فنية وقت طلبها .

(٦) الترتيب مع هذه الهيئات فى إيجاد طريقة لاعطاء محاضرات وتحضير ما يلزم لهذه المحاضرات .

(٧) ترقية وسن تشريع اجتماعى إدارى يتناسب مع أغراض الجمعية .

ففى فبراير سـنة ١٩٢٠ كان لهذه الجمعية ٧٤ فرعا فى انجلترا وحدها وثمـانية عشر فرعا فى أسكتلندا وذلك غير الفروع التى فى كندا وأستراليا

كما يوجد أيضا مجلس أهلى فى جنوب أفريقيا وله فرع فى الترانسفال لنفس الغرض .

وكاقتراح اللجنة الملوكية فقد اعترفت بعض الدوائر الحكومية بالمجلس الأهلى كهيئة فنية مسئولة عن هذه الأمراض .

يعترف المجلس بأنه لمقاومة الأمراض الزهرية فى المجتمع يلزم تثقيف عقول النشء بالتعليم والتربية والاجتهاد فى تقليل الزنا بايجاد مستوى اجتماعى وأدبى أرقى من الحالى .

ولقد تفاهم هذا المجلس مع وزير المعارف وهيئة التربية الأهلية وهو لايهمل مساعدة الوالدين وكثيرا ماطلب بعض المدارس أهالى الطلبة كهيئة مؤتمر وإفهامهم الحالة وأخذ آرائهم كما أنه ألقيت عليهم الخطب الفنية الخاصة بهذا الموضوع وكثيرا ماأرشدنا الآباء بتعليم أولادهم الى الحذر من الوقوع فى شرك هذه الأمراض .

لقد اعتمدت وزارة الصحة برنامجا وافيا لتربية النشء وكذا ساعدت كثيرا من المجالس المحلية والجمعيات لطبع وتوزيع هذا البرنامج وذلك أن تدفع ٢٥ ٪ من تكاليفه كما أنها ترشد المجلس الأهلى الى اتخاذ بعض مايجب أخذه من المستحدثات الخاصة بهذه الأمراض كما أنها أعدت شرائط صور متحركة (سينما) وزجاجا للفوانيس السحرية الخ خاصة بالقاء المحاضرات للنشء عن هذه الأمراض .

وقد وزعت أوراقا (نشرات) كثيرة خاصة بهذه المسألة الحيوية على جمعيات كثيرة ولا جدال فى نفع ما نشربها .

المجلس الأهلى يعترف بأنه ليست الحاجة ماسة لمسألة تسهيل المداواة لهذه الأمراض فقط بل هى ماسة أيضا الى جمع كل المعلومات الخاصة بالمجتمع الانسانى والتى تفيد تقليل الاغراء والتحريض على الزنا ولذلك يرى من واجبه تسهيل أصناف التسلية خصوصا للأشخاص الحديثى السن البعيدين عن أهلهم من الجنسين الخ .

وفى سنة ١٩١٧ سنت الحكومة الانجليزية قانونا يمنع الدجالين من معالجة الأشخاص المصابين بهذه الأمراض وذلك بناء على طلب وإرشاد المجلس الأهلى كما أنها رتبت إلقاء المحاضرات وسط العمال وجمعياتهم لإفهامهم حقيقة هذه الأمراض وهى تسن قوانين أخرى لا تزال تحت البحث .

أما مسألة قانون الزواج فلا يزال تحت البحث أيضا .

وقد اجتهد المجلس فى حمل الحكومة على تشريع خاص يحتم على الأشخاص المصابين الاستمرار فى العلاج حتى الشفاء .

وقد قر رأى المجلس بعد جدال عنيف بين أعضائه على أن توزيع العقاقير (فى البقچة) يضر أكثر مما يفيد ولذا هو يشجع على افتتاح عيادات كثيرة لتسهيل العلاج المبكر تحت مباشرة طبيب حاذق والمسائل المعروضة أمام المجلس الآن هى :

(١) عمل التسهيلات اللازمة لمباشرة العلاج .

(٢) التضافر مع الأطباء غير الاخصائيين والتسهيل عليهم للتحقق من التشخيص بالطرق الفنية لأنفسهم .

(٣) ترقية معلوماتهم الخاصة بهذه الأمراض بكل الوسائل الممكنة .

وبتضافر الأطباء وأعضاء المجلس يمكن عمل الأشياء الآتية :

(١) إعطاء علاج للمصابين .

(٢) حماية الذين تعرضوا للعدوى .

(٣) الاشتراك فى الحملة الموجهة ضد هذه الأمراض بتفهيم الجمهور أخطارها ونصحه بالتزام العفة وتركه الزنا حتى نفوز بتقليل نسبة هذه الأمراض .

(٢) جمعية منع الأمراض الزهرية

أخذت هذه المعلومات عن نبذة لحضرة سكرتير هذه الجمعية يذكر تاريخها والغرض منها فقال : "تأسست هذه الجمعية فى أكتوبر سنة ١٩١٩ ولقيت ترحيبا كبيرا من الأطباء والجمهور وغرضها مساعدة المجلس الأهلى والتضافر معه على مقاومة تفشى هذه الأمراض وذلك ببث الدعوة اللازمة بين الجمهور وإرشاده لعمل التطهير الواقى الشخصى كلما تعرض للعدوى فهى تشغل القسم الأدبى للمجلس الأهلى لمقاومة هذه الأمراض غير أنها ترى من الصواب عمل التطهير الواقى الشخصى ولذا تنصح به دائما وينص أول تقرير سنوى لهذه الجمعية على دستورها نقتطف منه الآتى" :

(١) إرشاد الجمهور الى أن عمل التطهير الواقى الشخصى بعد التعرض للعدوى مباشرة هو من الأمور الحيوية فى الوقاية ثم إرشاده الى طريقة عمله .

(٢) الدفاع عن كل شيء تراه اللجنة التنفيذية حيويا لمقاومة الأمراض الزهرية .

أصدرت اللجنة فى أول الأمر تعليمات للرجال فقالت : إن التطهير الواقى الشخصى للنساء لا يأتى بمثل نتيجته فى الرجال ولما كثرت الأسئلة عليها من النساء أصدرت نبذة بها تعليمات للنساء .

توزع التعليمات الخاصة بالرجال فى جميع النوادى والمجتمعات بواسطة المجالس المحلية وترسل التعليمات الخاصة بالنساء لمن يطلبها منهن .

وقد وجدت الجمعية كل المساعدة من الجمهور وأعضاء البرلمان والصحف الطبية وغيرها ولجنة المواليد الأهلية ووزارة الصحة وشركات الملاحة وغيرها .

المطهرات التى نصح باستعمالها هى محلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{١}{١٠٠٠}$ ومرهم الزئبق الحلو بنسبة ٣٣ ٪ .

وترى الجمعية أن كل إنسان مسؤول عن شراء المطهر لنفسه واذا لا ترى ضرورة فى صرف هذه الأدوية مجانا أو بثمن .

(٣) جمعية الآداب الاشتراكية الصحية

هذه الجمعية هى فرع من المحالفة الدولية للالغاء المتضامنة مع جمعية السيدات الأهلية لإلغاء المراقبة الرسمية للزنا وترقية المستوى الاجتماعى الى درجة اشتراكية نقية .

وقد أوضح حضرة سكرتير هذه الجمعية غرضها حيث قال :

هذه الجمعية هى فرع من المحالفة الدولية للالغاء والغرض منها هو دراسة قانون النظام للأمراض الزهرية والدعارة والمقارنة بين قانون كل دولة وأخرى فى ذلك .

غرض المحالفة الدولية للالغاء

(١) غرض هذه المحالفة هو إلغاء الدعارة الرسمية أوشبه الرسمية .

تعتقد المحالفة أن نظام الدعارة الحكومى غلطة صحية وظلم للجمهور وشناعة أدبية وإثم قانونى فالمحالفة تقاومه بكل ما أوتيت من قوة وتسعى لإلغائه فى كل أنحاء العالم .

(٢) تدرس هذه المحالفة الدعارة من الوجهة الفنية فتبحث الآداب والاقتصاد والأسباب الأخرى التى يحتمل أن تكون سببا لها وتجتهد فى مداواتها وفى كل سنة تضع أسئلة فى مؤتمرها على هذا النمط ليجاوب عليها الأعضاء فى السنة المقبلة وبذلك يتيسر للمحالفة دراسة الموضوع من أساسه .

(٣) المحالفة ليس لها علاقة بالسياسة أو الفلسفة أو الديانة وتقبل في عضويتها أي شخص (ذكرا أو أنثى) يمكنه مساعدتها في غرضها .

أغراض الفرع البريطاني

هو مساعدة المحالفة الدولية للإلغاء في غرضها ورفع المستوى الأخلاقي والعلاقات الأدبية بين الجنسين والتساوي بينهما واستئصال الدعارة ومصائبها ومقاومة كل نظام رسمي لها وتشجيع القانون الادارى الاشتراكى الصحي للتربية بحيث يرتفع مستوى المجتمع الأدبي .

ويرى هذا الفرع أن الحاجة ماسة في انكلترا لانشاء مستشفيات خاصة وبها أسرة لتأوي النساء الحبالى المصابات بهذه الأمراض أيضا من بنات الحوانيت أو الخادمات اللاتي لا يجدن مأوى لهن أو مرتزقا في حالة مرضهن نعم إن بعض المستشفيات خصص عددا يسيرا من الأسرة لهذه الأمراض الا أن ذلك غير كاف للسكان ولذلك لا يجدي نفعا في مقاومة المرض .

الفصل الخامس

علاقة الطبيب بالمرضى الذين يعودون العيادات السرّية الخ

يجب ألا تقتصر مهمة العيادات السرية على فحص المرضى وعلاجهم فقط كباقى العيادات الطبية وإنما يجب أن تكون كمركز دعاية اشتراكية فنية لمحاربة هذه الأمراض أيضا .

إن حالة المريض غير الطبيعية هى علامة أكيدة تدلنا على ما حوله من درجة مستوى المجتمع فيجب أن نسلم بأن علاقة الطبيب بالمريض وهو فى هذا المركز هى أكثر من علاقة أى طبيب عادى بمريضه نظرا لانتشار الأمراض الزهرية ولشدة تأثيرها فى المصاب ولأن لها تأثيرا آخر من الوجهة الاجتماعية والانسانية .

إن الطبيب المشتغل بهذه الأمراض جدير بأن يعتبر نفسه ذا علاقة شديدة بمستقبل النسل وهو من هذه الوجهة لا يعادله طبيب مختص بأى فن آخر وعليه من الواجبات مالا يمكنه أن يتغافل عنه فأول واجب عليه هو العمل على نقص نسبة تفشى هذه الأمراض وذلك :

(١) بأن يداوى كل مريض حتى يتم شفاؤه فواجبه ليس هو مداواة المريض فقط وإنما يرجح من ذلك عدم تسرب العدوى من هذا المريض للآخرين .

(٢) وبتأثيره فى المريض يغريه على إحضار من يعرفهم المريض نفسه من المصابين للمداواة وكذا يجب عليه عمل كل طريقة فى إمكانه لمنع نشر هذه الأمراض فيشرح للمرضى طريقة استعمال العلاج الواقى الشخصى وضرورة عمله كما أنه يجتهد أيضا فى نصح مرضاه فى الاقلاع عن الزنا وان لم يمكن فينصح لهم بتقليله .

وقد نجد فى ذلك علاجا للذين لا تؤثر فيهم النصائح الدينية أو الأدبية أو النفسية ونكثر من إخافتهم من نقل عدواهم الى أقربائهم أو أحبائهم أو تكرار العدوى لأنفسهم مرة أخرى بل مرارا وقد يعترض بعضهم بأن كل ذلك خارج عن مهنة الطبيب أو بعبارة أخرى وهى أن الطبيب متداخل فيما لا يعنيه إذ يقال : إن واجبه مقتصر على معالجة المريض من مرضه فلو سلمنا بذلك اسقطت مسألة الوقاية الى الحضيض .

الطب الواقى هو فرع من الطب العملى الاجتماعى . فهو تداخل فى الحياة لارتفاع مستوى النسل . وفى اعتقادى أن ذلك لا يضاد مركز الطبيب الخاص بالأمراض الزهرية وإلا لكان معناه أن يقتصر العلاج الواقى على محفوظات الدائرة الطبية فقط واذا نظرنا الى مركز الطبيب نجد أنه يجب عليه مداواة مريضه حتى شفائه وذلك لا يكون إلا بالتأثير

الشخصى فى المريض بطريقة يرتاح اليها عقله ويقبلها فيفهمه صعوبة المركز الاجتماعى وما تنتجه هذه الأمراض من المساوى فى المجتمع وذلك بلطف العشرة وتهذب الحديث أثناء مدة العلاج . ويكون إذ ذاك الطبيب محاميا متكلما مدافعا عن نقط موضوعه أو أى موضوع آخر بحيث يكون الكلام مقبولا . ولا بد أن يكون كتوما لهذه الأسرار محافظا عليها حتى يحوز بذلك ثقة المريض به وليس من المدهش أن يسمع إذ ذاك حكايات ونوادر من المرضى لا تخطر على بال إنسان فى هذه الموضوعات . ولا بد أن يكون الطبيب ذا خبرة واسعة فى معاملة الجمهور حتى يفرق بين الشخص الذى يتأثر بالنصيحة وبين الشخص الذى يتكلم بلا فائدة كما يعطف أيضا على الشخص العصبى . ويمكنه أن يعرف ذلك من أول محادثة تقع مع المريض . ويجتهد الطبيب ألا يأخذ مركز الواعظ والمرشد الكبير بل يجعل نفسه هو والمريض سواء بسواء . ومن الضرورى معاملة الأولاد الذين يبلغ سنهم حوالى ١٥ سنة بالرفق واللين لا بالعنف والتأنيب .

وقد يندب الطبيب لحل مشكلة زوجية فكلمة صغيرة من الطبيب ربما منعت تعس أسرة طول حياتها ويحسن أن يقابل الطبيب كلا من الزوجين على حدة فان ذلك يسرّهما وبعد أن يحيط بكل ظروف المسألة يقترح ما يناسب درء الخطر عنهما مفهما إياهما بأنه على الحياد التام . وبطبيعة الحال تستعمل هذه المهارة أيضا فى حالة امرأة غير متزوجة أو رجل غير متزوج يقيان فى معاش واحد وفى اعتقادى أيضا أن كثرة الكلام فى العيادة مع المرضى مفيدة جدا اذ يجد الطبيب المناسبات والظروف التى تجعل

القواعد الفنية مقبولة ومؤثرة فى المرضى أنفسهم . ومن الضرورى تحريم الجماع طول مدة العلاج . وقد نجد أن أغلب عقول المرضى مشتغلة بحل مسألة عويصة عليهم وهى كيفية الاحتياط من العدوى مرة أخرى لأنهم لا يمكنهم التباعد عن الزنا . فمع هؤلاء يلزم أن يكون الطبيب واضحا جليا فى قوله : بأنه لا عقاقير تعصم من العدوى باطمئنان وكل مايوضح من الطرق كعلاج واق لا يضمن عدم نقل العدوى لأحبائهم أو لمن كان عزيزا لديهم . ومن الجائز أيضـا تشجيع هؤلاء المرضى على استعمال هـذا التأثير نفسه فى أصحابهم فتكون إذ ذاك حملة صغيرة ضد هذه الأمراض فى حى من الأحيـاء . كل ذلك لا يسـتغرق أكثر من خمس دقائق من وقت الطبيب ولو فرضنا أن كل طبيب ينحو هذا النحو لكونا حملة شديدة ضد هـذه الأمراض وقمنا بواجبنا كأطبـاء نحو صالح الجمهور والمجتمع . فلو استعمل طبيب الأسرة جزءا من هـذه النصائح فى الوقت المناسب لكان تأثيره أعظم من تأثير الطبيب الغريب عن الأسرة .

وقد يعترض بعضهم بضيق وقت الطبيب عن القيام بهـذا العمل . نعم إن المرضى كثيرون ولكن اذا أريد بالعيادات السرية خير يلزم زيادة عدد الأطباء لها حتى يقوم الطبيب بالواجبين .

إذا كان رئيس العيادة السرية متصفا بهذه الأخلاق لا يبعد عليه أن يؤثر فى مساعديه فى استعمال هـذه الخطة نفسها ويخلق جوّا صالحا بين الأطباء لنشر العلاج الواقى الفنى وجعل ذلك من مبادئهم الأساسية .

ربما أكون بالغت فى واجبات الطبيب ولكن غرضى الوحيد ألا تجعل العيادة السرية مركزا للمداواة فقط ونحن يمكننا نفع الجمهور منها بمجهودات فنية أو أدبية تساعد كثيرا فى تقليل نسبة انتشار هذه الأمراض التى نئن منها الآن ويئن نسلنا من مصائبها .

رئيس الأطباء ومساعدوه

إن نجاح العيادة السرية متوقف على الصفات الخاصة للرئيس الذى يحوى النباهة والنشاط والكياسة والذى يجب عليه أن يرى مساعديه على علم تام بالأسلوب العادى للعلاج قبل البدء فى مباشرة وظائفهم . ويحسن أن يجتمع الرئيس ومساعدوه بين آونة وأخرى للبحث والتكلم فى أى موضوع خاص بالمهنة . وتكون الفائدة مزدوجة اذا اشترك فى هذا البحث أطباء عيادات سرية أخرى ولو كان للرئيس الثقة التامة بمساعديه غير أنه يلزمه أيضا عمل الترتيب الذى يمكنه من أن يرى كل مريض أثناء علاجه من وقت لآخر مع حفظ استقلال المساعدين التام وبغير كل ما ذكر لا تنجح عيادة سرية .

الفصل السادس
القانون والطبيب

(التبليغ الإجبارى عن الأمراض الزهرية)

مع الاعتراف بأن الأمراض الزهرية شديدة العدوى لم تدرجها الصحة ضمن الأمراض الواجب التبليغ عنها . ومع العلم بأن الصحة لها السلطة الكافية فى إدراج أسماء الأمراض المعدية كالجدرى والطاعون الخ ومع وجود مواد تخوّل الصحة إضافة أمراض أخرى معدية الى القائمة فلم تر وزارة الصحة فى انجلترا أو مصلحة الصحة فى مصر تضيف هذه الأمراض الى القائمة وذلك لاعتقادها بأن الفائدة الناتجة من التبليغ عن الأمراض الزهرية كأمراض معدية لا تساوى الضرر الناشئ عن إخفاء المرضى لأنفسهم أو تحت سيطرة الدجالين وعدم خضوعهم لعلاج فنى قانونى خوفا من التبليغ .

وكذلك لا نجد مادة فى قانوننا تنص على تحريم الاعلانات غير الأدبية الخاصة بالجماع وبمرضى الزهرى والسيلان مع أننا نجد فى انجلترا مثلا معاقبة ناشريها بالغرامة أو الحبس أو الاثنين معا .

وقد ورد فى القانون الانجليزى أيضا محاكمة كل شخص يدعى علاج هذه الأمراض الزهرية بالاعلان والنشر فى الجرائد ومنع الدجالين عن

مباشرة علاج هذه الأمراض أما عندنا هنا فنرى العجب كل يوم فى الجرائد اليومية والاعلانات التى تنشر فى الشوارع عن معالجة السيلان فى ثلاثة أيام ومعالجة الأمراض الأخرى دون حقن أو دواء على الطريقة الأمريكانية مثلا ولا تفكر مصلحة الصحة فى سن القوانين لمنع هذه الاعلانات . وقد يدخل تحت هذه الاعلانات أيضا إعلانات المقويات العصبية أو الأدوية المجهزة مثل حقنة نصوحى أو غيرها مما يدعو المريض الى أن يركن اليها (وهى لا تفيده) ولا يتم شفاؤه فيصبح دائما وأبدا مركزا للعدوى .

قوانين واجب سنها

يجب سن قانون يلزم الأشخاص المصابين بهذه الأمراض بالاستمرار فى العلاج الوقت الكافى حتى يحصلوا على الشفاء التام تحت مباشرة طبيب خاص بهذه الأمراض وأنا أعلم أن هذا لا يمكن عمله قبل الاكثار من افتتاح العيادات السرية الخيرية فى طول البلاد وعرضها حتى يتيسر لهؤلاء المرضى تنفيذ القوانين سواء تحت عناية طبيبهم الخاص أو فى هذه العيادات (مع حفظ كل هذه المعلومات سرا مكتوما لدى الطبيب وينص بالعقاب الصارم على إفشاء هذه الأسرار) .

موقف الطبيب كشاهد فى المحكمة إذا دعى للشهادة

فى المحاكم الانجليزية يعتبر الطبيب كشاهد عادى يجب عليه الاجابة عن كل سؤال يلقى عليه من المحكمة حتى ما يعتبر سريا فى مهنته بعكس المحامى الذى له امتياز بألا يفشى أسرار عملائه (زبائنه) مطلقا للمحكمة .

أما القانون المصرى فيجيز للطبيب عدم الاباحة بأسرار المهنة أو ما يترتب على إباحته علنا من كشف سر من الأسرار فمركزه يعادل مركز المحامى والقسيس كنص المادة ٢٦٧ عقوبات وقد يخليه القانون الانجليزى من الاجابة اذا كان الطبيب نفسه له يد فى الإجرام فلا يمكنه والحالة هذه تقرير الحقيقة عن نفسه والا يعاقب الطبيب لأنه يعتبر كالمحتقر للمحكمة ويطالب بتعويض من الخصم الذى يرى أن شهادته فى صالحه .

وعلى الطبيب ألا يتطوع بشهادة من تلقاء نفسه للمحكمة ولا يشجع مريضا على آخر بشهادته . وفى الحقيقة ونفس الأمر يندر جدا استدعاء طبيب لشهادة فنية خاصة بهذه الأمراض فى المحكمة . إن هذه الأمراض معتبرة سرا من الأسرار فاذا أذيع هذا السر حتى وصل الى الخصوم فالمحكمة لا تلام فى استجواب الطبيب اذ ذاك لأن الأمر أصبح لا يعتبر سرا من الأسرار . أما اذا انتدب الطبيب كخبير فى بقبول الطرفين فليس عليه من ضرر فى تقرير مايراه حقيقيا وصالحا للأخذ به و بطبيعة الحال فهو يتعاطى أجرا عن ذلك .

حاشيـــــــة ١

جهاز العيادة السرية

قسم الزهرى

يجب أن يكون جهاز العيادة السرية مزدوجا ليتيسر للطبيب رؤية الرجال والنساء كلا على حدته . يحسن دائما تعيين مواعيد خاصة للسيدات وأخرى للرجال إذ لا يليق أدبيا اجتماع الجنسين فى وقت واحد فى قاعات الانتظار . تقابل مرضى الزهرى فى قاعة . ومرضى السيلان فى قاعة أخرى وتخصص القاعة الثالثة للفحص وبها طبيبها الخاص . ويجب توفر الضوء الطبيعى فى الحجر خصوصا حجرة الزهرى ويحسن استعمال مصابيح نصف واط الكهربائية ويكون أحدها ملونا باللون الأزرق .

نعلم أن بعض أحوال الزهرى تشفى بسرعة فيحسن بنا تشخيص المرض فى أول زيارة للمريض ولا ننصح بالانتظار نتيجة تفاعل واز رمان نعم قد كان من نتائج الدعوة ضد هذه الأمراض اسراع المرضى فى الحضور للمداواة بأول فرصة ممكنة ولذلك نجد كثيرا من المرضى عندهم قرح أولية مضى عليها يومان أو ثلاثة فقط . وقد نجد صعوبة كبرى فى الفصل فى تشخيص هذه الأحوال . ولكن اذا وجدت الاسبيروشيت فى قرحة أو دمل فى أعضاء

التناسل وجبت المبادرة فى العلاج فى الحال ومن الضرورى وجود مجهر مجهز بجهاز خاص للاسبيروشيت يعبر عنه بالجهاز المظلم لسهولة التحقق من وجود الاسبيروشيت بواسطته . أما طرق التلوين الأخرى فغير موثوق بنتيجتها فضلا عن أنها تحتاج لكثير من الوقت . فيجب التمرن على البحث عن الاسبيروشيت بواسطة الجهاز المظلم ونترك اختيار نوع المجهر الى الطبيب الباتولوجى ويجب أن يرتب له الضوء بطريقة خاصة . ويجب تلاقى الأشعة عند نقطة واحدة على السطح المحدب للمرآة التى بأسفل المجهر لكى تنحرف وهى متوازية بعضها لبعض على القطعة المراد فحصها تحت المجهر ويستغرق كل فحص عشرين دقيقة من الطبيب المتمرن حتى اذا كانت النتيجة سلبية يجب تكرار الفحص ثانيا وثالثا فى الأيام التالية دون استعمال أى مطهر موضعى فى كل هذه المدة . فاذا عززت النتيجة الأولى بنتيجتين سلبيتين صار علينا اعتبار الحالة غير زهرية ، إنما يجب إبقاء المريض تحت الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر ويحسن البحث عن تفاعل وازرمان بين وقت وآخر فى هذه المدة (مرتين أو ثلاث مرات) . ومن هنا نرى أهمية وجود طبيب باتولوجى خاص للعيادة . نعم قد يحدث ألا توجد أحوال تستدعى الفحص لمدة طويلة . فيشتغل هذا الطبيب بفحص البول والإفراز لمعرفة الجونوكوك وتفاعل وازرمان من المرضى القدماء واذا كانت العيادة ملتحقة بمدرسة الطب مثلا فالواجب السماح للطلبة بعمل الحقن الزئبقية وأما الحقن الزرنيخية فيجب دائما عملها بواسطة طبيب متمرن .

الآلات

يجب أن يكون بالعيادة :

(١) حاقنة زجاجية تسع سنتيمترا الى سنتيمترين مكعبين لحقن الزئبـق :

(٢) وأخرى من الزجاج أيضـا تسع عشرة سـنتيمترات مكعبة للحقن الزرنيخيـة . ولا حاجة للقول بأنه يجب تعقيم هذه الحاقنة قبـل استعمالها ثم غسلها بالمـاء البارد بعد الاستعمال للتحقق من إزالة آثار الدواء المحقون منه ، ثم تغلى قبـل استعمالها مرة ثانية وهكذا . ويجب غلى الإبر فى إناء على حدة بمحلول الحمض فنيك بنسبة ٢½ ٪ الى ٥ ٪ ثم توضـع فى كحول نقى ثم فى ماء مقطر معقم قبل استعمالها مباشرة وبذا لا تصدأ . وتغلى بعد الاستعمال أيضـا وتجفف بفوطة وتدهن بالفازلين البسيط قبل حفظهـا .

ويذاب الدواء فى ماء دافئ حديث التقطير والتعقيم محفوظ فى زجاج صغير الحجم له فم واسع (بحيث يسمح بإدخال فم الحاقنة فى داخله) .

ويحسن بنا تذكير الطبيب بأن المستحضرات الزرنيخية تتحلل فى وقت قصير بعد إذابتها ولذا يجب عدم إذابتهـا إلا لحظة حقنهـا . ويجب أن يستلقى المريض على ظهره فوق منضدة خاصة لذلك وقت العمل .

يلزم رباط من المطاط العـادى لربط الذراع به فتمتلئ الأوردة وتظهر بسهولة .

يلزم أن يكون بالعيادة أدوية دافعة للتسمم الزرنيخى . واذا حصل تسرب من المحلول تحت الجلد فيجب تخفيفه بحقن كمية من المحلول الملحى المعقم . وتستعمل ضمادات الماء الساخنة مرة فى كل ساعة .

ويحقن بأربع نقط من الادرنالين وكمية من المحلول الملحى فى المستقيم فى حالة الاغماء أو الصدمة .

وينصح بعضهم باستعمال حقنة الانترامين فى الألية لاحتوائها على الكبريت لمقاومة الصدمة والاغماء فى الأحوال الزرنيخية ونوصى بعملها أيضا فى التسمم الزئبق .

كشف المعدات اللازمة للعيادة

(١) منضدة .

(٢) حاقنات زجاجية سعة سنتيمتر الى اثنين وخمسة وعشرة سنتيمترات وإبر نمرة ٥٠ × ١٠ ر١ بالمقياس الانكليزى .

(٣) مجهر بعدسة قوة $\frac{1}{12}$ وجهاز للضوء المظلم .

(٤) تركيب للضوء المتناسب معه .

(٥) كمية كبيرة من الحقن الزرنيخية من أنواعها المتعددة .

(٦) كمية من العقاقير الدافعة للتسمم الزرنيخى والزئبق مثل المحلول الملحى الادرنالين . الانترامين . الاستركنين . الكافور الخ ... ...

(٧) زجاج أو فنجانات معقمة وماء مقطر معقم لإذابة المحلول فيها .

(٨) رباط من المطاط .

(٩) كمية من أنابيب الاختبار لأخذ أمثلة الدم بها وممصات زجاجية مثمرة وغير مثمرة .

(١٠) شرائح (ألواح صغيرة) من الزجاج للفحص الميكروسكوبي وخصوصا النوع المسمى بذات الحفرة .

(١١) سلك بلاتين .

(١٢) حبر صيني والأدوية الأخرى اللازمة لبحث تفاعل الدم .

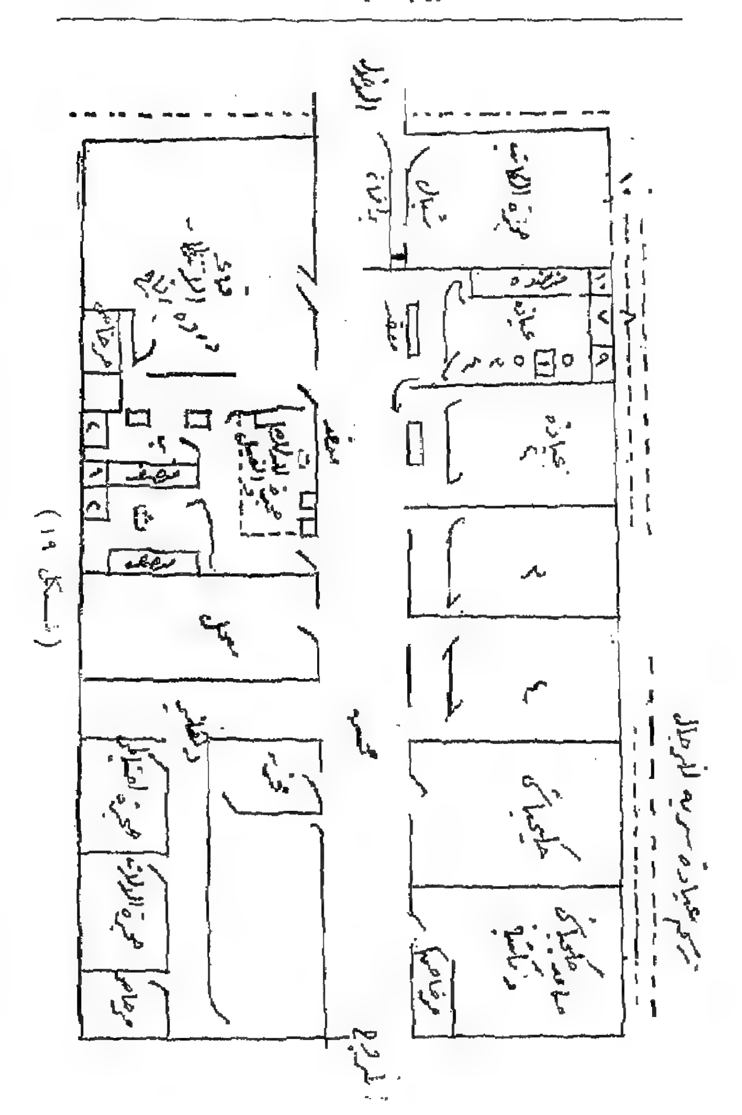
(١٣) جهاز الرحم .

حاشـــية نمرة ٣

ترتيب وجهاز العيادة الزهرية لمرضى السيلان المذكور سواء كان تصميما لبناء جديد أو كان إصلاحا لبناء قديم يلزم أن يتوفر فيـه الضوء والتهوية والمـاء الكافى مع سـعة المساحة ولنفرض وصف المحل المعـد لاستقبال مائة مريض فى كل عيادة .

يلزم أن تكون قاعة الانتظار كبيرة جدا وبها التهوية الكافية والمقاعد المريحة خوفا من التزاحم والاختلاط غير المرغوب فيه . ويحسن تخصيص محل خاص للأولاد (سن ٥ ــ ١٥ سنة) وتبلغ مساحة هـذه القاعة ستة أمتار فى خمسة ويكون لهـذه القاعة مدخل على الممر العمومى ومدخل آخر لمحل العيادة وبه أربع مناضد لاستقبال المرضى ويمكن عمل سـتار فيه لحجز بعض المرضى للانتظار .

محتويات كل حجرة صغيرة هى : (١) مقعد للمريض وآخر للطبيب (٢) حامل شمـاعة لتعليق ملابس المريض (٣) منضدة وبجانبها حاقنة معلقة للغسل (٤) رفان عليهما بعض المحلولات اللازمة (٥) صنبور وتحته حوض ببالوعة (٦) معلق فى الحائط الريوشتات (٨) صوان (دولاب) صغير للآلات البسيطة (٩) منضدة صغيرة وعليها المجهر وبعض سوائل التلوين (١٠) رف صغير وعليـه مصـباح لغاز الاستصباح (ان أمكن) ومغلاة (غلاية) لتعقيم القساطر والمجسات وغيرها (١١) منضدة صغيرة



(شكل ١٩)

وعليهـا بعض من القطن المعقم وبجانبهـا دلو (جردل) للقاذورات (١٢) كاسات نظيفة من الزجاج للتبول . وفى داخل هذه الحجرة ثلاث حجر صغيرة للغســل والتدليك وبكل منها حامل (شماعة) صغيرة للملابس وصنبور وبالوعة ومنضدة صغيرة .

حجـــــرة التوسيع

اذا كان بالعيادة اثنان من المساعدين يحسن تخصيص أحدهمـا للتوسيع مدّة ســتة أشهر بحيث يمكنه أن يتتبع حالة المريض من أولهـا إلى آخرها . نعلم أن نسبة السيلان المزمن المصحوب بضيق بين المرضى كبيرة، ونعــلم أن شهرة العيادة وحسن سمعتها مرتكز على نتائجها، فاذا لم تعط العيادة الخاصة بالتوسيع لرقابة شخص معــين لمدّة كبيرة كانت النتائج لغيرصالح المرضى ولا من صالح العيادة . وأن التمرّن الذى يحوزه الطبيب من كثرة مراقبة أحوال الضيق تفيد المرضى الآخرين كثيرا . ولا أغالى اذا قلت إنه يجب على طبيب التوســيع أن يتمرّن مدّة شهر على الأقل مع الطبيب القديم قبل أن يُجعل مراقبا لحجرة التوسيع، ولا بد لرئيس أطباء العيادة من مراقبــة حجرة مرضى المضايق مراقبــة دقيقة لأننا لا نجهل أن بعض الأطباء عندهم قسوة والبعض قد لا يعتنى بتأدية عمله ولا شك أن هذين النوعين يسوءان كثيرا سمعة العيادة ويدعوان الى انفضاض المرضى من حولهـا .

أما اعتقادى الشخصى فهو أن كل مساعد يتتبع حالة مريضه فى أى درجة كانت ولا أرى تخصيص مساعد واحد لحجرة التوسيع والزامه بهذا العمل . وبقليل من النظام يمكن للرئيس أن يراقب أعمال الأطباء المستجدين من وقت لآخر فى علاج مرضاهم خصوصا حينما يستلزم الحال التوسيع . فالمسألة هينة اذا فرضنا أن مائة مريض يحضرون فى عيادة بعد الظهر مثلا وبالعيادة ثلاثة من الأطباء فعلى الراجح لا يخص كل طبيب أكثر من ستة مرضى محتاجين الى التوسيع ويحسن أن يعين رئيس العيادة وقتا خاصا لاجراء هذا التوسيع حيث يتيسر له الإشراف عليه .

حجرة رئيس الأطباء

ترى فى الرسم عند انتهاء العيادة فيلزم أن يكون بابها مفتوحا دائما لاستقبال أى مريض وأن تكون محبته طبيبه لاعطاء الارشاد اللازم للطبيب وللرئيس أن يعمل النظام اللازم بحيث يتيسر له رؤية كل مريض بين آونة وأخرى .

إن معدات وجهازات المعمل المعدة للفحص الكلى ليست من خصائص هذا الكتاب ويحسن إيجاد معمل كامل فى داخل العيادة السرية واذا كان هذا غير متيسر فلا بأس من إيجاد الأشياء البسيطة التى تجهز بها الأمثلة (العينات) لارسالها الى المعمل الخاص .

معدّات حجرة صغيرة بالعيادة

(١) منضدة خاصة للكشف كما هى موضحة بالشكل .

(٢) منضدة صغيرة للكتابة ومعها كرسيان .

(٣) صنبور للماء الساخن والبارد مركب على حوض به بالوعة .

(٤) رف صغير من الزجاج وعليه صحن صغير به مباعدان (موسعان) أحدهما مستقيم والآخر منحنٍ . محاولات أدوية مركزة مثل برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ٥٪ نترات الفضة بنسبة ٢٪ زنك برمنجانات بنسبة ٥٪ أكسى سيانور الزئبق بنسبة ٥٪ . حمض خليك مركز . صبغة يود . محاول كوكايين أو نوفوكين بنسبة ٢٪ . مرهم زئبق ٣٠٪ . فازيلين بسيط . زيت خروع . حمض بوريك . كأس مدرّج صغير . أربع كاسات للتبوّل . بودرة طباشير لاستعمال القفاز من المطاط .

(٥) جهاز كامل لفحص البول .

(٦) مجهر وبجانبه زيت الأرز . صبغة المتباين . سلك بلاتينى . أنابيب اختبار لأجل الزرع كل ذلك فوق منضدة خاصة وفى درج لهذه المنضدة نضع شرائح من الزجاج وأوراقا مرسومة (إتكيت) وقياسا للحرارة (ترمو مترا) وأسفل هذه المنضدّة نضع إبريقين من الصاج وحوضين على شكل الكلى من الصاج أيضا .

(٧) رف خاص للغلاة (الغلاية) ومصباح غاز الاستصباح أو الكهرباء .

(٨) حاقنة من الزجاج سعة لترين أو أكثر معلقة على الحائط للغسل .

(٩) منضدة للآلات وعليها صحن من الزجاج وبه الآلات ومباسم زجاجية .

(١٠) وفي درجها قفاز من المطاط . أربطة من القماش . لنت . أصابع من المطاط للتدليك . قطن . خرقة من القماش الخ . ...

(١١) قمطر به المنظار الكهربائي لفحص المجرى بجميع معداته . علبة بها المجسات اللازمة . موسع كولمن (المستقيم والمنحني) . قساطر من الصمغ بمقاييس مختلفة .

(١٢) حاقنة للتقطير . مشارط . جفوت ماسكة . جفوت شريانية . مقص . خافض للسان من الخشب (وهو الأفضل) أو الزجاج . آلة للبذل . حاقنة زجاج للحقن تحت الجلد مع إبرها .

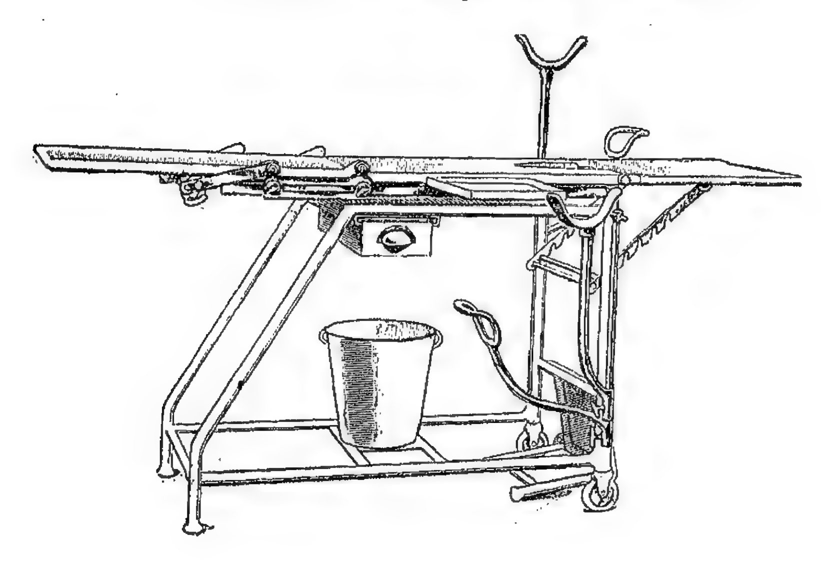
حجرة علاج الضيق

في حالة تخصيص حجرة خاصة لعلاج الضيق يجب أن يكون بها عدد كبير من القساطر والمجسات ومغلاة كبيرة للتعقيم وربما استدعت الحالة وجود منظار مجرى كهربائي .

ويجب ملاحظة أن المريض يحضر للطبيب الذي يعوده نفسه كل مرة وذلك لمصلحة المريض والطبيب معا فبذلك يعرف الطبيب ما قد يطرأ على مريضه من العوارض فيستشير الرئيس فيما طرأ عليه الخ .

منضدة تستعمل للرجال وللسيدات
(شكل ٢٠)

تمتاز هـذه المنضدة بمتانتها وسهولة وضعها للأشكال المختلفة وأيضا يمكننا فحص المريض بالوضع العجانى وبالانكباب على الوجه . وللحقن فى الوريد . لعلاج المرضى بالسيلان من الرجال . لفحص وعلاج مرضى السيدات سواء كنّ مريضات بالزهرى أو السيلان . لهـا درج خاص يمكننا سحبه من الجهتين ويوضع به بعض ما يلزم للعلاج الخ .



(شـــكل ٢٠)
منضـــدة تســـتعمل للرجال

حاشية نمرة ٣

جهاز العيادة السرية لمرضى السيلان من السيدات

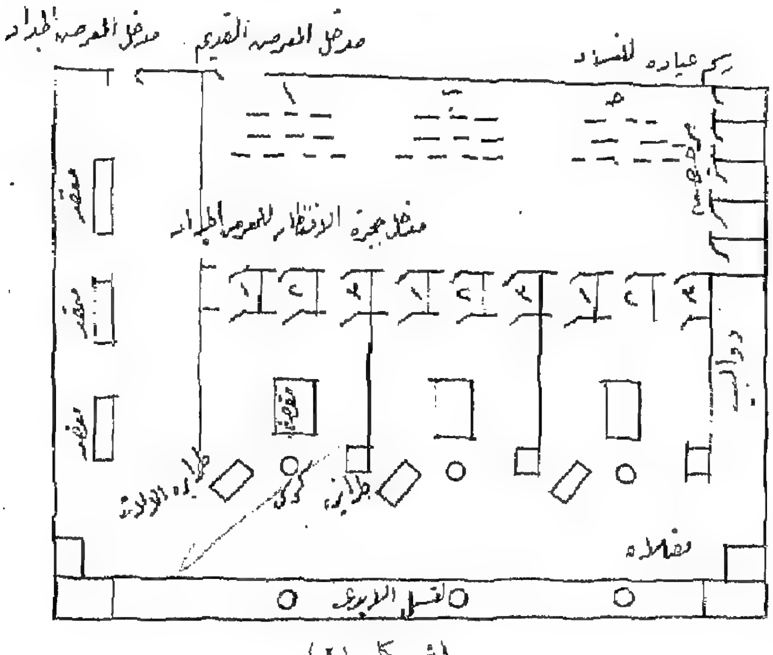
يلزمنا مراعاة النقط الآتية فى فرع مرضى السيلان من السيدات :

(١) حجرة العيادة وتنسيقها .

(٢) الآلات وما يتبعها من الأدوات .

(٣) يحسن تقسيم الحجرة الى حجر صغيرة بقواطع بقدر ما يسمح به حجمها . وفى كل حجرة صغيرة يحسن وضع منضدة للعلاج وجهاز لعمل الدوش . ولأجل عدم ضياع الوقت يلزم الممرضة إحضار المريضة فى حجرة مثلا حينما يكون الطبيب مشغولا بفحص مريضة أخرى فى الحجرة التالية وهكذا ولا بأس من إيجاد ممر طويل فى الحجرة يكون كاشفا كل الحجرات كما ترى فى الرسم . ويحسن أن يوجد حوض لمغسل وبه الوقت أمام كل حجرة ليتيسر للمريضة قضاء حاجتها . ويحسن أن يكون وضع المغلاة وبعض الأدوات اللازمة قريبا وقد تسمع شكاية المريض فى نفس الحجرة أو فى حجرة صغيرة خاصة بجانبها . ففى هذا ترى استعدادا لثلاثة من الأطباء وبهوا كبيرا (صالة) للانتظار مقسمة الى ثلاثة أمكنة بحيث تأخذ كل مريضة مكانها فى استراحة طبيبها الخاص . إعداد واحدة واثنين وثلاث من الحجرات الصغيرة لخلع الملابس ولبسها فيها فمثلا بينما تكون المريضة

تخلع ملابسها فى نمرة (١) تكون الأخرى تلبس ملابسها فى نمرة (٢) وتكون نمرة (٣) خالية ومريضها فوق المنضدة للفحص . وحينما تنتهى المريضة بعد لبس ملابسها تحل مكانها أخرى من قاعة الانتظار والغرض من ذلك راحة المرضى وإعطاؤهم الوقت الكافى للبس والخلع .

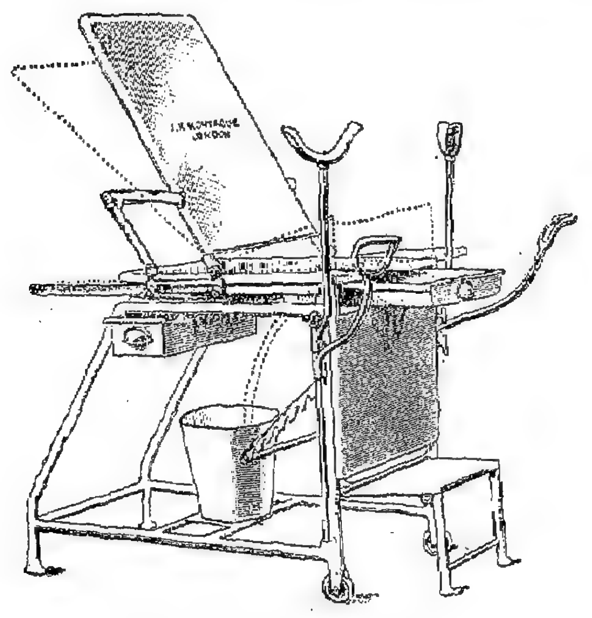


(شـــكل ٢١)

وتحتاج هذه العيادة الى الآلات والمعدات الآتية :

(١) منضدة للفحص وهى المنضدة نفسها التى أوضحناها للرجال غير أن هـــذه لا بد أن يكون مقعدها متحركا لأسفل وأعلى ليتيسر لنا فحص

المويل بسهولة . ويلاحظ أن تكون هذه المنضدة متوسطة الارتفاع لكى يمكن الطبيب مباشرة علاجه كيفما يشاء من قيام أو جلوس .

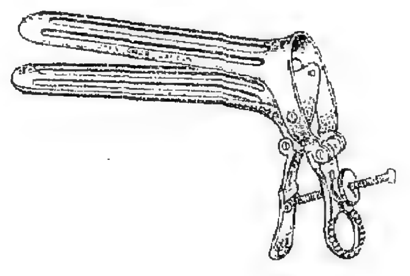


(شكل ٢٢) منضدة الفحص وعلاج السيدات

ويحسن فرش فوطة من المطاط فوق المقعد تغير وتغسل بعد كل مريضة .

(٢) الحاقنة الزجاجية المعلقة فى الحائط للغسل . مباسم . أنابيب من المطاط . يحسن استعمال مباسم من الزجاج لسهولة تعقيمها ونظافتها وكذا قساطر من الزجاج أيضا خصوصا فى الأطفال .

(٣) المنظار — يحسن استعمال المنظار المهبلي الموضح بالشكل (نمرة ٢٣) خصوصا فى حالة علاج السيلان ويكون من المعدن لا من الزجاج اتقاء

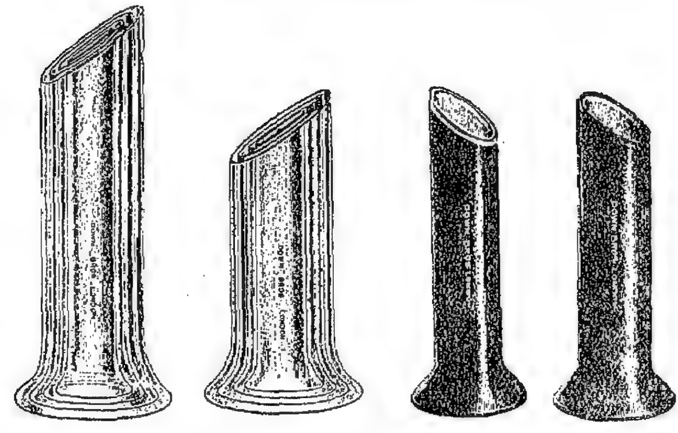


(شكل ٢٣) منظار شياكى

لكسره وإصابة المريضة . ولكن بعض الاطباء يفضل استعمال منظار من الزجاج لسهولة نظافتــه ولكونه يضيء المهبل أكثر من المنظار المعدنى . وأيضــا لوجوده بأحجام مختلفــة حسب الطلب . والمنظار المهبلى موضح فى الشكل (نمرة ٢٤) منظار فرجوسون . منظار كسكو شكل (نمرة ٢٥) يحسن لمعالجة القروح وعنق الرحم ويوجد أيضــا منظار مجرى لكشف قناة مجرى البول .

(٤) حامل للاسفنج وهناك أنواع كثيرة مصنوعة من المعــدن غير أنى أستصوب استعمال عصىّ رفيعة من الخشب فانها رخيصة الثمن وتستعمل مرة واحدة

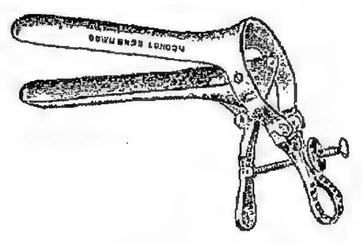
(٥) مسبر من المعدن . أفضل أيضا استعمال العصىّ عوضا عنه لسهولتها ونظافتها مع لف آخره بطبقة خفيفة من القطن .



(شكل ٢٤) منظار فرجوسون — زجاجى وصمغى

(٦) قساطر من الزجاج تستعمل لعلاج قناة مجرى البول للنساء وعلاج المهبل فى الأطفال وفى هذه الحالة تفضل كثيرا عن القساطر الصمغيـة .

(٧) حاقنات من الزجاج صغيرة سعة الواحدة سنتمتر مكعب أو سنتيمتران تستعمل لحقن الفاكسين أو حقن محلول نترات الفضة فى قناة إسكين أو قناة بارت الخ .



(شكل ٢٥) منظار كسكو

(٨) إبر للحقن تحت الجلد أو فى القنوات المذكورة .

(٩) جفوت ماسكة ومشارط .

(١٠) صوف مجهز لمعالجة السيدات . وأرى أن لا تستعمل الأصواف المحزومة بالخيط لأن فى شدها ألما قد يحدث التهابا .

(١١) صحون للآلات . أطباق من الصاج أو الصينى . وكاسات مدرجة .

(١٢) وجود الضوء الكافى من الضروريات .

ومن المستحسن ايجاد محبرة وقلم فى كل حجرة صغيرة لتقييد ما عليه المريضة . وكذا وجود الأدوية الآتى ذكرها للاستعمال : —

(١) محلول برمنجانات البوتسيوم بنسبة ٥ ٪

(٢) محلول البروتارجول بنسبة ١٥ ٪ الى ٢٠ ٪

(٣) محلول حمض بكريك بنسبة ١ ٪ ممزوجا بالجلسرين بنسبة ٣٣ ٪

(٤) ماء أكسجين مركز بقدر ١٠ أحجام .

(٥) محلول النترات الزئبق الحمضى .

(٦) محلول نترات الفضة بنسبة ١٥ ٪

(٧) محلول أكتيول مع الجلسرين بنسبة ١٠ ٪ الى ٢٠ ٪

(٨) سائل البوتاسيوم الكاوى النقى .

حاشـــية نمـــرة ٤

أنموذج من النصائح التي توزع على المرضى والجمهور

إن كثرة اصابات الجمهور بالأمراض الزهرية خطرة شديدة الوطأة على الأمة . وصعوبة مقاومة هذه الأمراض وحصرها ترتكز على ما يعمله كل شخص لنفسه من الوقاية .

فاذا علم الانسان بأن سـعادته وكمال صحتـه وصحة زوجتـه وأولاده تتعرض للخطر اذا ما قرب الزنا وعلم أيضا أن المرض الذى يصيبه غالبـا ينقل لزوجته وعلى الراجح لأولاده حيث يصابون بأمراض تصحبهم طول حياتهـم وربما أدى بعضها للجنون أو عدم الخلفة أو ولادة أجنـة فاقدة الحياة الخ اذا علم كل ذلك لا بد له أن يهجر الزنا ويقاطعه .

وليعلم أيضا أن الجمـاع ليس ضروريا لحفظ الصحة الجيدة . ومع الأسف ان قليلا من الناس يفهم هذه النظرية أو يقبلها . مادام الاغراء موجودا بوسائله المختلفة فكفته هى الراجحة لا محالة .

فيحسن والحالة هذه أن يفهم الجمهور كنه هـذه الأمراض وطرق الوقاية منها .

الزهرى والسـيلان ينشآن عن ميكروبات تنقل بالعدوى . هـذه الميكروبات تكون على سطح الجلد فى مبدئها فمن الضرورى قتلها فى هذه

الحالة . أما اذا سمح لها بالبقاء فانها تنمو وتحدث أمراضا تستلزم لعلاجها زمنا طويلا للبرء منها .

وقد وجد بعض الأطباء أن استعمال العلاج الآتى قد يكفى شر المرض : —

(١) قرص من البرمنجانات زنة ٣٠، سنتيجراما يذاب فى كوبة من الماء وتغسل به أعضاء التناسل جيدا وفى حالة وجود الغلفة (عدم الطهارة) يلزم إرجاعها للخلف وغسل الكمرة والصماخ جيدا بالمحلول .

(٢) مرهم الزئبق الحلو وتركيبه كالآتى :

زئبــق حلو ... ... ٣ أجزاء

لانولين ... ... ٤ »

فازلين ابيض ... ... ٢ جزآن

يدلك هذا المرهم فى أعضاء التناسل (القضيب والصفن) بعد الغسل بالمحلول السابق دلكا جيـدا لمدة أربع أو خمس دقائق مستعملا نحوا من سبعة جرامات من المرهم وليعلم أن النتيجة مترتبة على حسن العمل ودقته .

واذا كان الانسان سكران وقت الزنا فلا يمكنه الاعتناء بعمل هـذه الوقاية فضلا عن أن قوة المقاومة لاتيان الزنا تكون ضعيفة جدا ومفقودة بالمرة .

وفى حالة عدم وجـود المرهم يحسن الاكتفاء بغسل الأعضاء جيـدا بالمحلول المذكور .

وفى حالة عدم عمل أى شئ مما ذكرنا يلزم المبادرة بالعرض على الطبيب قبل مضى اثنتى عشرة ساعة من وقت الجماع ليتخذ لك ما يلزم من العلاج المبكر .

وأما عند النساء فيحسن إذابة قرصين من البرمنجانات أو ما يعادل ٦٠ سنتيجراما فى لترين من الماء ويوضع فى حاقنة معلقة على الحائط ثم يغسل المهبل بواسطة المبسم ويغسل الفرج من الخارج بالمحلول جيدا . ويستعمل المرهم بتدليكه فى الفرج وفى الشفرين كما تستعمله عند الرجال . وقد اعتادت العاهرات بمصر بحث أعضاء الرجل من الظاهر قبل السماح له بالجماع . نعم إن هذه الطريقة غير وافية بالمرام ولكن بعض الشر أهون من بعضه .

حاشيـــــة نمـــــرة ٥

طريقة بسيطة لتخفيف المحلولات المركزة الى النسبة المرغوبة للاستعمال

إن قوة كل محلول يعبر عنها بالنسبة المــائية .

فاذا أذبنــا عشرة أجزاء بالميزان من جسم صلب فى مائة جزء بالميزان من سائل قما تسمى هذه النسبة عشرة فى المــائة .

تختلف درجة ذوبان الأجسام فى السوائل باختلاف الأجسام نفسها والسائل المراد إذابتها به .

ومن المهم معرفة درجة ذوبان العناصر الآتية فى المــاء المقطر لكثرة استعمالها بالعيادة .

برمنجانات البوتاسيوم ... ... ١ فى ٢٠
أوكسير سيانور الزئبق ... ... ١ فى ٢٠
نترات الفضة ... ... ٢ فى ١
برمنجانات الزنك... ... ... ١ فى ٣

القيـــاس المـــترى

يحس أن تذاب الأجسام بالنسبة الآتية حتى يسهل علينا مضاعفاتها وتخفيفها بسهولة :

٠,٥	
١,	
١,٥	
٢,	كل فى ١٠٠ سنتيمتر مكعب من المـاء
٢,٥	
٣,	
٥,	
١٠,	

فيعبر عنهـا اذ ذاك بنصف فى المـائة وواحد فى المـائة وهكذا فاذا أخذنا عشرين سنتيمترا مكعبا من محلول نسبة عشرة فى المـائة للتخفيف فى لتر فتكون نسبة ١ الى ٥٠٠ :

١٠ سنتيمتر من المحلول فى لتر فنسبة ١ الى ,١٠٠٠
٤ « « « « ١ الى ,٢٥٠٠
٢ « « « « ١ الى ,٥٠٠٠

واذا أخذنا من محلول مركز مثلا بنسبة ١ الى ٢٠ أو ٥ ٪

٤٠ سنتمترا مكعبا الى لتر فتكون نسبته ١ الى ٥٠٠
٢٠ « « « « « ١ الى ١٠٠
٨ « « « « « ١ الى ٢٥٠٠
٤ « « « « « ١ الى ,٥٠٠٠ الخ .

واذا أخذنا من محلول نسبته ٤ ٪ فتكون :

٥٠ سنتمترا مكعبا الى لتر ونسبتها ١ الى ٥٠٠

٢٥ » » » » ١ الى ١٠٠٠

١٠ » » » » ١ الى ٢٥٠٠

٥ » » » » ١ الى ٥٠٠٠ الخ .

وقد ذكرت النسبة المترية فقط لشيوعها فى مصر .

خاتمـــــــة

فى الإلغـاء والـــترخيص

يعتقد الكثير منا أن لفظ الإلغاء المقصود منه إلغاء الدعارة والحقيقة أن المقصود منه هو إلغاء القوانين والنظام الشرطى والترخيص والاعتراف بالدعارة . فالذين يحبـذون الالغاء يقاومون كل الأوامر الحكومية الخاصة به وكذلك أيضا الكشف على العاهرات وما يستلزم ذلك من اللوائح والقوانين و بمزيد الأسف فان المشايعين لفكرة الترخيص يعتقدون أنه اذا ذهب الترخيص ونظامه لا يجـدون من القوانين ما يمنـع انتشار الدعارة . ولابدّ لنا من الايضاح بأن الالغاء ليس الغرض منه ترك العاهرات وشأنهنّ وعدم الاعتراف بهنّ فقط وانمـا الغرض منه هو جعل مرتكب الدعارة فى حكم المتشردين كما يكون الحال فى السكران أو متعاطى الأفيون فالقانون ينظر الى المرأة التى تتخـذ الدعارة صناعة بنفس العين التى ينظر بهـا الى الرجل الذى يشاركها فيها فاذا كان الاثنان لا يرتكبان أى مخالفة عمومية تضر بصالح الغـير أثناء آرتكابهما الفحش فلا حرج عليهما فى ذلك ولا تداخل للحكومة فى أمرهما .

أما اذا أخلا بالآداب أو حصلت منهما مخالفـة للنظام أو مضايقة للجيران أو اتهم أحدهمـا الآخر بنقل العـدوى اليه كما فى بعض الممـالك

فيتحتم حينئذ دخول الحكومة فى الأمر كما تدخل فى أى أمر آخر لحفظ النظام أو المحافظة على الصحة .

وفى باريز ولندن وبلاد المجر والدانيمارك لا يعتبر الفحش جريمة ولو ارتكب بأجر . حتى فى ألمانيا التى بها قوانين تعتبر المرأة التى تأتى الفحش دون الترخيص لها به مذنبة يتداخل هناك فى مسألة الدعارة فقط بحجة المحافظة على الآداب . فالترخيص وعدمه سيان مع وجود فرقين عظيمين ففى البلاد المشايعة للترخيص تعامل العاهرات الرسميات معاملة خاصة خلافا لغيرهن . وفى البلاد التى بها الإلغاء تعامل جميع العاهرات معاملة واحدة وفى الأولى المشايعة ربما نجد ما ترتكبه المرأة الرسمية فى بعض أفعالها يعتبر مخالفة ضد القانون بخلاف ما اذا ارتكبته امرأة أخرى غير مرخص لها بالدعارة فاذا كان المشى فى الشوارع (بالطريقة المعهودة) ممنوعا للواحدة فبالطبع يكون ممنوعا للجميع وإذا كانت المواخير غير مصرح بها فعدم التصريح يكون شاملا للجميع . ومن المعقول أنه لا يعترف بجواز شىء لفريق من النساء ويعتبر جرما اذا أتاه فريق آخر .

والفرق الثانى خاص بلوائح الترخيص وحفظ الصحة . ففى البلاد المشايعة للترخيص تسلب المرأة حقها كشىء طبيعى لها الحق أن تعيش وتعتبر متشردة اجتماعيا (عمومية) أما فى الممالك التى بها الإلغاء فالقانون يعتبر مخالفات الآداب والنظام والصحة العامة للعاهرات بنفس الاعتبار لأى شخص آخر يرتكبها فالقانون سواء للجميع فاذا سمح للقاضى بالحكم فى أى مسألة تتعلق بشىء من هذا القبيل فيكون الحكم شاملا للجميع على

السواء . وعلى العموم يجد المتهم الفرصة سانحة له للدفاع عن نفسه والاستشهاد وإعادة التحقيق الخ ففى انجلترا تقف المرأة أمام قاض عادل يفهم قضيتها قبل ما يأمر بحجزها فهناك فرق بين الترخيص والإلغاء مع حفظ النظام العام والمرض .

وعند دراسة هذه المسألة يلزمنا معرفة الفرق بين الترخيص ومستلزماته من جهة والالغاء المقيد بقوانين حفظ النظام والصحة من جهة أخرى .

ولو أن الممالك المتبعة لنظام الإلغاء تعامل العاهرات بشىء من عدم الاكتراث إلا أنها لم تعدم وسيلة لمحاربة رذائله فمع اعترافها بأن الدعارة لا حرج عليها ولا عقاب نجد أنها تعامل النساء اللاتى لا صناعة لديهن كمتشردات تحاكم وتعاقب على " المشى فى الطريق " أو تعطيل المارة بالطلب اليهن، أو على ادارة ماخورة أو أى شىء آخر مما يستلزمه حال المرأة فى استرسالها فى صناعتها لاكتساب قوتها من الدعارة .

نحن نعرف أن العاهرة لا يمكنها مباشرة ما يستلزمه عملها بدون ارتكاب مخالفات عدة من قوانين البوليس الذى لا دخل له فى جريمة الفحش حيث لا يعتبر حارسا على الأخلاق وإنما يمكنه التداخل بصفته الحارس على النظام العام وهو بلا شك كفء لادارة عمله من هذه الوجهة .

أما قوة البوليس فلا يمكن أن تتعدى الأكثر من ضبط كل مخالفة تحدث ضد النظام من العاهرات . وأما الترخيص له بضبط مرتكبى الفحش فهذا مما يعرضه للريبة والرشوة وغير ذلك من ملحقات هذا الترخيص .

ينص القانون الانكليزى على "أن كل عاهرة أو أى امرأة تمشى ليلا متباطئة ملحة على المارين بقصد الفحش معطلة ومزعجة إياهم" يقبض عليها بدون إنذار ويحكم عليها بغرامة أربعين شلنا أو الحبس أربعة عشر يوما . وفى لندن نجد العاهرات عرضة لنفس هـذه العقوبة ولا داعى لاثبات حصول "الالحاح" منها ، فعند البوليس السلطة الكافية لتطهير الشوارع وكذلك عنده من السلطة ما يكفى لغلق المواخير التى يعبر عنها فى القانون بأنها المكان الذى يجتمع به اثنان — ذكر وأنثى — لإتيان الفحش سواء كان منزلا أو جزءا من منزل أو حجرة واحدة ولكن المنزل الذى تحتـله امرأة واحدة ويزورها رجال كثيرون للغرض نفسه وكذلك المنازل أو أجزاؤها التى تعيش بها جملة من العاهرات لا تعتبر مواخير قانونا .

إننـا نجد معنى ماخور يشمل كل محل أعدّ للمقابلة سواء كان ذلك منزلا أو حجرة فى فنـدق أو أى حجرة استؤجرت من اثنين لإقامة وقتية لإتيان الفحش . فالقانون اعتبر المواخير كمحلات مقلقة للراحة وكمحلات لعب الميسر أو غيرها وقد حصـل تعديل بسيط فى سنة ١٨٨٥ نص به على "أن أى شخص يدير أو يساعد فى إدارة المواخير أو يسمح للغير باستئجار جزء من منزله أو منزل تحت إدارته لإتيان الفحش" يعاقب ، وكذا ينص

القـانون أيضا على ضرورة وجود الإذن بالترخيص لصالات الرقص وصالات الموسيقى والخمارات ومنازل المبيت وهذا النوع الأخير يعتبر الزاوية الأساسية والسبب المهم فى استمرار الدعارة .

وهـذا فى لندن . ولا يختلف القانون كثيرا فى مقاطعات انكلترا واسكوتلانده ففى جلاسجو مثلا ينص القانون على معاقبة كل عاهرة تعطل المـارة بالطلب أو الالحاح لإتيان الفحش ويستنتج من ذلك أن مسألة إلغاء البغاء فى انكلترا ليس معناها ترك العاهرات وشأنهن كما يقال عن ذلك فى أوروبا وإنما ذلك من وجهة أن عندها من القوانين ما يكفى لمقاومتها بطرق أخرى .

وقد أثر تشريع نروج والدانيمارك الأخير أشد تأثير فى تحبيذ الإلغاء . فقد نص القانون فى نروج على العقاب الشديد لأى شخص يدير منزلا للدعارة كما أنه أباح للبوليس القبض على النساء السكارى واللاتى يلححن على الجمهور واللاتى يرتكبن أى شىء مخل بالآداب وكذلك كل شخص يساعد أناسا آخرين على ارتكاب الزنا بأية طريقة كانت يكون عرضة للسجن مدة سنتين .

ويشبه تشريع الدانيمارك قانون النرويج وألغى تشريع سنة ١٩٠٦ بعض مواد من قانون ١٨٦٦ وذلك بأن يعامل كل امرأة حوكمت مرتين من أجل الزنا أو مستلزماته معاملة المتشردات ، أما القانون القديم فكان يتركها ونفسها ، وكذا ينص التشريع الجديد على أن كل امرأة تأتى عمـلا مخالفا للآداب أو تزعج الجيران أو تضايق الجمهـور تعاقب بأشد

العقاب و يمنع وجود المواخير معا باتا وأيضا يحظر على الفنادق والقهاوى استخدام أى امرأة من النسوة ذات السمعة السيئة . ولكن لا يعزب عن البـال أن القانون أيضا ينص على التبليغ الاجبارى للأمراض الزهرية و إجبار المصاب بالزهرى على متابعة العلاج حتى يأذن له الطبيب بالانصراف عند ما يتحقق أنه شفى من المرض .

وينص قانون سـنة ١٩١١ فى بلاد الفلمنك الخاص بالآداب على التشديد على الصغائر ويحرم الارتزاق من إفساد آخرين ويمنع النسـاء من الوقوف أمام الخمارات وحوانيت البـيرة والمشى ذهابا و إيابا فى الشوارع العمومية أو التحكك بالمـارّة أو المحادثة معهم أو الاشارة اليهم بمـا يخل بالآداب . ولا داعى للاسهاب فى ذكر البراهين العـديدة التى تبرهن على صحة ما نقول وهو أن الإلغاء ليس معناه مطلقا ترك الدعارة تنمـو وتنتشر أمام أعين النظام ولا بأس من ذكر أنه فى زوريخ ينص القانون على أن كل محرّض أو مساعد على الفسق يعاقب بالسجن خمس سنوات وكذلك ينص على حبس النساء اللاتى يعرّضن أنفسهن للزنا ثمانية أيام .

وقد رأينا الآن أن قوانين الممـالك المجيزة للالغاء صريحة وشديدة وتسهل على البوليس أداء مهمته بأمانة ودقة خلافا لمـا عليـه الحال فى الممـالك المجيزة للترخيص حيث لا تخلو قوانينها من التعقيد والارتباك فضـلا عن أن تنفيذها موجب للريبة والرشوة فى أغلب الأحوال وبطبيعة الحال لا يتسنى للبوليس حماية الجمهور مع خلوه من الأغراض .

إن سنّ القوانين فى الممالك الدستورية يكون بناء على رغبة الشعب نفسه . ومن البديهى أن مستوى أخلاق الجمهور المحبذ للالغاء أرقى وأرفع بكثير (لاعتماده على أخلاق وآداب الشعب) من الجمهور المتبع لقانون الترخيص . ولكن يلاحظ أيضا أن الجمهـور فى الحقيقـة ونفس الأمر منقسم على نفسه فى هذه المسألة فبينما هو يطالب تطهير الشوارع من جهة تراه يستقبح ويخطئ البوليس فى اجراءاته القانونية فى بعض الأحوال من جهة أخرى .

وحدث أنه فى مرة من المرات حققت اللجنـة الملوكية فى بريطانيـا احدى الحوادث التى أثارت عطف الجمهور على المتهمة واستقباحه لاجراءات البوليس فى مسألتها فوجدت أن الخطأ محصور فى تسرع الجمهور بالحكم على البوليس واستهجان أعماله دون الالتفات الى الدقيق من الحقائق فى ضبطه امرأة متهمة "بالالحاح" بطلب الفحش ورأت أيضا أنه يجب على الجمهور احترام القوانين التى سنها وقت تنفيذها نعم نحن نعلم أن ضبط واتهام فتاة صغيرة بريئة بجريمة "التعدى على الآداب" له من التأثير فى نفسها ما يجعلها تفكر فى الخلاص من الحياة خوفا من العار ولكنا نعلم أيضا أن ضجة الجمهور ضد البوليس أثناء تنفيذ قوانينه لها من الأثر السيئ ما يجعل البوليس يهمل واجباته نحو الجمهور .

إن تطبيق القانون بواسطة القضاء مما يهم الجمهور أيضا وقد تختلف القضاة فى الحكم فى تهمة واحدة وقد نجد أن فى هـذا الاختلاف رحمة إما فى تطبيقه بشدّة وتضييق دائرة تفسير المواد وإما فى تمطيطها كالمطاط

فلا يدخل فى حكمها كثير من المخالفات مما يكون له التأثير الشديد فى إجراءات البوليس المقبلة فإما بالتشديد وإما بالإهمال حسبما يحكم به القضاة .

ولنضرب لذلك مثلا فى القانون الدانيماركى فانه يعاقب كل امرأة أخلت بالنظام أو ضايقت الجمهور أو عملت أى عمل يشتم منه رائحة العار الخ ولكن القضاة فى المحاكم يصرون فى هذه الأحوال على وجود شاهد إثبات وهو الذى ارتكبت الجريمة ضده قبل الحكم ضد المتهمة ولا يكتفون بما يقرره البوليس فى التحقيق وحده .

إن مواد القوانين الانجليزية هى نفس المواد التى يتطلبها الجمهور والمنفذة فى دوائر البوليس وليس هناك أى اختلاف فى تفسير هذه المواد فمثلا يجب على الشرطى أن يقيد بمحفظته الخاصة نمرة أى منزل يشتبه فيه أنه يستعمل كماخور ولا يتخذ من الاجراءات بعد ذلك سوى ما يأمره به رؤساؤه ويكون ذلك فى الغالب بناء على شكوى من الجيران أو ممن يهمهم الأمر . ويعالج البوليس مسألة العاهرات فى الشوارع بحزم ودقة ولكنه لا يتداخل من غير ضرورة قصوى إلا اذا رأى أن أخلاق المرأة كانت سيئة ومضايقة للجمهور أما العاهرة التى لا تحدث عطلا فى الشوارع فانه يتركها وأمرها وهناك تعليمات وأوامر شديدة على البيوت ذات الرخص (Pensions) بألا تقبل واحدة من العاهرات للاقامة عندها .

فنرى مهمة الشرطى دقيقة ومحدودة ومن البديهى أن ملاحظة تنفيذ مواد القانون فى دائرة ضيقة بدقة تخالف نفس هذا التنفيذ فى الدوائر الواسعة .

فادارة الشرطة فى مدينة مثل لندن التى بها ستة عشر ألف شرطى تكون بالطبع خلاف الادارة فى القرى الصغيرة فيصعب فى هـذه الحالة على الادارة مراقبة تنفيذ القانون بدقة ضد العاهرات ، ويسهل فى الثانية تنفيذه بما يريح الجمهور وفى دائرة الانصاف والعدل ، وقد يصعب على القاضى الوصول الى الحقيقة فى الأولى ؛ ويسهل على الإدارة البوليسية مراقبة الشرطى بدقة فى تأدية واجباته كما يشعر القاضى براحة الضمير فى النطق بالحكم عن حقيقة وعدل فى الثانية ونرى أيضا أنه فى لندن لا يخلو تنفيذ الأوامر من العطلة والتعقيد ، فضلا عن الصعوبة الكبيرة التى يجدها الشرطى أمامه فى مراقبة العاهرات نظرا لا تساع الشوارع وكثرة الميادين والمتنزهات . فكل من زار لندن مثلا يعلم ما لميدان الطرف الأغر من الاتساع وما به من الازدحام ، فقل لى بربك كيف يتسنى للشرطى مراقبة سير العاهرات ومنعهن من " المشى " ذهابا وإيابا والتحكك بالمارة ومعاكستهم الى غير ذلك من مستلزمات صناعتهن . ولكن قد يلفت الجمهور نظر الشرطى من وقت لآخر الى ما قد يحدث فى نقطة من نقطه فهناك ترى قوة القانون ومساعدة الجمهور للشرطى فى تأدية عمله الذى يتوج بحكم عادل قاس من القضاء . وقد شهد أناس من الذين عاشوا فى لندن من منذ نصف قرن تطور الحياة هناك ؛ وهم الآن يعتبرون شوارعها على ما فيها طاهرة نقية نسبيا ، وذلك لأن المستوى الخلقى للشعب ارتقى رقيا كبيرا فسهل على الشرطى تأدية مهمته فى تنفيذ القوانين التى لم تتغير موادها طول هـذه المدة . ويدلنا على ذلك أن البوليس حرر فى سنة ١٩٠١ ، ٩٤٠٩

مخالفات للداعرات و ٤٣٠٦ فى سنة ١٩٠٥ — وكل هذه المخالفات حكم فيها بأحكام عادلة رادعة .

قد سبق لنا تعريف الماخور وهو أنه عبارة عن منزل أو جزء من منزل تسكنه جملة نساء يتاجرن بأعراضهن ويقابلن "الزباين" فيه على موعد سابق أو بدونه وهذا ما يصادره بوليس لندن وهو المعروف عندنا "بالبيت السرى" ويصادره بوليسنا أيضا . أما اذا اتخذت إحدى النساء منزلا لها وحدها فلا مانع فى القانون الانكليزى من مقابلتها لزبائنها بقصد الفحش على موعد سابق أو بدونه وكذا الحال عندنا فى هـذه المسألة فانه يمكن لأى امرأة إدخال عدة "زباين" عنـدها دون مداخلة البوليس بشرط ألا تضايق الجـيران فان حصلت شكوى من الجيران فالبوليس يتداخل حينئذ ولا يخفى علينا أن هذه المواخير تفتتح علنا فى أى شارع فى لنـدن كما فى مصر تحت أسمـاء مستعارة مثـل خياطة ، تزيين الأظافر ، تدليك عضلات الوجه ، "أود مفروشة للايجار" أو ذهبية أو عوّامة للايجار أيضا .

ولها رجال وسطاء منتشرون حولها لجلب "الزباين" وأما فى الشوارع المهمة مثل شارع سليمان باشا وشارع بوند فى لندن فتفتتح بأسماء محلات تجارية فى المواعيـد المحدودة للتجارة ولا يدخلها أحد إلا على يد الوسطاء أو صديق مع صديقه سبق له التردّد عليها . فهذا النوع الراقى من المواخير تؤمه الطبقات العالية وما دام لم تحصل منها مخالفات أو مشاجرات غير عادية فالبوليس هنا وهناك يتغاضى عنها ولا يتعرّض لها وهو عالم بها . وقد يهاجمها البوليس بناء على شكوى أو للتحكك بأصحابها (عنـد سوء النية) ويحكم

بقفل المنزل مع غرامة لكل عاهرة ولكل " زبون " وتكثر مهاجمــة هــذه المنازل فى مصر عادة عنــد استلام مأمور القسم عمله الجديد ليظهر للجمهور ولرؤسائه شدّة عنايتــه وإهمــال خلفــه . وقصارى القول أنه لا يمكننا القول بأن فى قدرة أىّ بوليس فى العالم محو هــذه المواخير لأنه مهما كان القانون مستوفيا وشــديدا فلا يعدم أصحاب المواخير وجود حيل غريبة لأجل التستر الشديد فى إدارتها . ومع شدّة مراقبة البوليس لإدارة حانات السكر فى لندن فلا تزال تستخدم عددا كبيرا من العاهرات بصفة خادمات يتصيدن الزبائن منها ويتقابلن على موعد فى خارجها .

فالسياسة الانكليزية محصورة فى مراقبــة المواخير وتطهير الشوارع وحقيقــة الأمر أن العاهرة لا تحصــل الآن على " الزبون " إلا بكل مشقة وتحت ظروف لا تمكنها من الاختيار فى الزبائن "الموافقة". فبطبيعة الحال يقل دخلها فتضطر للاقلاع عن هذه الصناعة وتلتمس لهــا موردا آخر للرزق ما دام هذا لا يقوم بأودها . ولكنى لا أسلم فنيا بصحة هذه النظرية والواقع أن ما يحصل يكون دائمــا ضدّها . فقــد رأيت نســاء يتخذن العهارة صــناعة لهنّ ويأكلن طعمية مثــلا وما يشابهها ويفضلن الاستمرار فيها مع ما فى ذلك من المشاق (كالسهر والسكر الخ) على الخدمة فى المنازل أو التعيش بأى شكل آخر .

إنه بمقارنة حالة لنــدن الاجتماعية وهى المشايعة لقانون الإلغاء بمدن أخرى كباريس وبرلين وفينا المشايعة للترخيص قد لا نجد فرقا كبيرا فى نسبة العاهرات . ففى لنــدن لا يوجد بوليس للأخلاق يتزيا بالزىّ الملكى

ولا متطوعون لمراقبة الأخلاق ولا القوانين الشديدة المجحفة بحق الشعب من الحرية كما نجـد كل ذلك فى هـذه المدن الثلاث، ولكن أنّى لنا ببوليس كبوليس لندن وهو الوحيد فى العالم؟ وأنى لنا بأخلاق كأخلاق الشعب الانكليزى الموروثة وعاداته ورقيه بالنسبة للشعوب الأخرى؟ . إنّ الوسط هو الذى يحارب الدعارة لا القانون . فاذا حسن فى لندن شىء ونجح فليس من الضرورى أن يلقى هذا الشىء نفس هذا النجاح فى المدن الأخرى فكل شعب له أخلاق وعادات ويلزمه الأخذ بالقوانين التى تناسبه والجرى عليها خصوصا فى مسألة أخلاقية كالدعارة .

إن الحالة الاجتماعيـة فى لندن لم تبلغ بعـد درجة الكمال فى القوانين أو الرقىّ الشخصى أو التنفيذ البوليسى، وبالمقارنة بينها وبين الثلاث مدن التى ذكرناها نجد السياسة الانكليزية واحدة فى مجموعها فهم يحكمون الآن على حدّ قولهم : "فرّق تسـد" وكذلك فى مسألة الدعارة فهم لا يودّون اجتماع العاهرات فى منزل واحد حيث يشجعهنّ على الاستمرار اشتراكهن فى التجارة وتعاونهنّ وإنمـا يسمح لهنّ باتخاذ الدعارة صناعة منفردات، كل امرأة بمفردها وهذا مؤذن بعدم نجاحها .

إن البـلاد الانكليزية ممتلئـة بالشركات التجارية وهى أساس نجاح انكلترا نفسها، وهنـاك عقيدة راسخة بعـدم نجاح أى فرد فى عمل يقوم به وحده، أو على الأقل لا ينجح كما يكون بادارة شركة، ولذا يتركون النساء يتعاطين هـذه الصناعة منفردات حتى يفشلن فيقلعن عنها ، إن العاهرة يمكنها أن تعيش فى أىّ حى من أحياء لندن كما هو حالها فى المدن الأخرى

ولكن نظرا لعــدم إقامتها الوقت الكافى فيه فلا يمكن " الزباين الأسخياء المبذرون " التعرف عليهـا بسهولة فهى سريعة التنقـل من حى الى آخر وتصـطاد الزبائن المـارة حول دائرتها ولا فرق بين هـذه الحالة وحالتها فى المدن الأخرى حيث لا تشريع لدى البوليس يسمح له بمهاجمة امرأة تسكن وحدها "فى منزلها" .

قد يرى بعضهم أن إغلاق المواخير والتضييق عليها ربما يترتب عليهما انتشار العاهرات فى الشوارع بكثرة ولكن وجد أخيرا أنه كلما ضيقنا على المواخير وقفلناها وأصدر القضاء أحكاما قاسـية على أصحابها ومن فيها كلما زدنا الشوارع تطهيرا .

ولا بأس من ذكر شيء عن بوليس لندن وأخلاقه فقد عملت إحصائية أخيرا عن جرائم بعض أفراده وعددها يزيد على سـبعة عشر ألفـا فدلت على أنه حصل فى سنة ١٩١٩ ثلاث عشرة جريمة فقط خاصة بثلاثة عشر شرطيا متهمين بالتواطؤ مع العاهرات وقد رفتوا جميعا ولا شك أن هذا يدل على حسن انتقاء الأفراد وعلو أخلاقهم وفى الحقيقة إن أهم الشوارع فى لندن نجد به اثنين من البوليس فى نقطة واحدة ولا تبعـد النقطة عن الأخرى سوى نيف وعشرين مترا فعلى فرض أن أحد الشرطة أراد أن يساعد عاهرة أو أن عاهرة أرادت أن ترشى شرطيا فلا يتيسر لها ذلك وهل فى قدرتها أن ترشى فى كل ثلاثين مترا اثنين من البوليس وهل تجد الأشخـاص الذين يقبلون رشوتها متسلسلة بين نقطة وأخرى؟ هـذا محال فالعفة لا ننكر وجودها عنـد معظمهم ولكن النظام هو الذى ساعد على

استمرار وجودها . فالشرطى هو الحاكم للنقطة الواقف فيها فان أساء استعمال وظيفته فمن ذا الذى يخبر رؤساءه عن هـذه الإساءة وعن سير العاهرات فى نقطته فاليقظة والتشديد وكذلك المسامحة والاهمال موكولة إليه فنظام الإلغـاء موكول الى همته وذمتـه وقد جاء فى تقرير آخر أن فى مدّة قيادة السير ادوارد هنرى للبوليس فى لندن فى مدّة ثلاث سنوات لم يحقق أى شكوى شفهيا أو تحريريا خاصة بمواساة البوليس للعاهرات وإنه لعلى يقين من أنه اذا ارتشى أحدهم من عاهرة وعلم اخوانه بذلك لا يتأخرون فى التبليغ عنه ويكون نصيبه الرفت من الخدمة .

البوليس فى لندن تحت إدارة وزارة الداخلية وفى البلاد الأخرى تحت إشراف لجنة المراقبة فى المجالس البلدية وأعضاء هـذه اللجنة على اتصال دائم بالجمهور لأن أغلب أعضائها منتخبون منـه . وقد صادف مرة أن رئيس اللجنة كان من أصحاب فابريقات الخمور فانتشرت فى عهده المواخير وكثرت رخص فتح حانات السكر حيث كانت تأوى عددا ليس بالقليل من العاهرات وعند ما شعر الجمهور بخطورة الحالة وسوء الإدارة عمـل على إيجاد قاعدة وهى ألا يدخل هذه اللجـان أحد بصفة عضو أو رئيس يكون له أى علاقة بفابريقات الخمور أو حانات السكر فى جميع أنحاء انكلترا . وللاعتماد على نزاهـة البوليس واستقامته لا يرى فى انكلترا حاجة إلى انشاء بوليس أدبى ملكى خاص بمراقبة العاهرات فهو يراقب مخالفة القوانين من العاهرات أو من الجمهور سواء بسواء وقد عملت إحصائيات عديدة فى سنين مختلفة دلت على نجاح هـذه الطريقة فعدد المواخير آخذ

فى النقصان وكذلك عدد مخالفات الشوارع للعاهرات . فترى الآن العاهرة تمشى بسرعة فى الشوارع متلفتة يمينا وشمالا فتغمز بعينها مرة وتمتم بشفتيها مرة أخرى ثم تنحدر الى عاطفة قريبة مشيرة للزبون بأن يتبعها حتى اذا ما تبعها واتفقا افترقا على موعد فى فندق قريب أو فى حجرتها وبذا يتم لها صيدها لا بسواه ولا تكون بذلك عرضة لمطاردة البوليس ومضايقته .

إن المواخير لم تزل ولن تزال موجودة تارة علنا وتارة من وراء ستار والحقيقة أن الدعارة لا تمحى بتشديد القوانين وتنفيذها أو بكثرة التسامح والتهاون فيها فاذا ما طارد مأمور قسم شبرا البيوت السرية من قسمه فتنتقل وتحتل قسما آخر ولكنها لن تغلق ولن تمحى، فماذا يفيد القانون فى معتادى الإجرام ! فقد روى أن بوليس ليفربول قدم للمحاكمة عاهرة ١٥٦ مرة وكانت تسجن فى أغلب المخالفات ويحكم عليها بغرامة فى البواقى وعمرها خمسون سنة ولم يردعها ذلك عن الرجوع عن صناعتها واذا رأى جماعة العاهرات تنفيذ القانون بشدة فى بلد ما يهاجرن الى بلد آخر حتى اذا ما خف الضغط فى البلد الأول رجعن اليه وهكذا فلا العدد بناقص ولا العقاب برادع . وقد حكم مرارا بالأشغال الشاقة فى استوكهلم على العاهرات لمدة سنين ولم تردعهن صرامة القانون عن هذه الصناعة .

الكل يعلم ما للترخيص من المساوئ وما للالغاء المقيد من ترك الدعارة وشأنها تزداد نموا . وكم من فتيات حديثات السن يتعلمن الفسق من وراء الستار حتى اذا ما اشتد ساعدهن استمررن فى الصناعة ومن الغريب أن قليلا منهن قد يحدن عنها . فالالغاء يرى أن الدعارة مباحة، والترخيص مع ما فيه

من شدّة غير واف بردعها . والناس حيارى ولا يعلمون أىّ طريق يسلكونه والمقارنة بين الأمرين تستلزم اعتبارات خاصة لكل شعب من الشعوب وكثير من الممـالك التى كانت متخذة الترخيص قانونا لها أبدلتـه بقانون الإلغاء المقيد ولم نرأنها خسرت شيئا فى الظاهر وربما كان عكس ذلك صحيحا أيضا .

ومع الأسف لانجد تقريرا طبيا فنيا دقيقا يذكر لنا بدون محاباة أوجه نظر الترخيص ومزاياه وفضائله ولا الإلغاء ومحاسـنه ولكننا نشاهد أن الحياة الاجتماعيـة فى الممـالك المتبعة قانون الإلغاء منتعشة وفى حياة حظ وبحبحة أكثر منها فى ممالك الترخيص . ولا غرابة فى ذلك لأن لرقى المستوى الأخلاقى فى الشعب دخلا عظيما فى ذلك .

إن الممالك التى استبدلت قانون الترخيص بالإلغاء المقيد بدأت بقفل المواخير وإبطال الكشف الطبى على العاهرات ومستلزماته .

الكل يعلم أن قفل المواخير الرسمى لا يؤثر مطلقا فى وجودها كما لا يؤثر أيضا فى انتشار الدعارة . ان حانات السكر وصالات الرقص لها القسط الأوفر فى استخدام كثير من العاهرات التى تغذى المواخير المستترة بما تحتاجه من النساء . فقوانين الترخيص أو الالغاء ان لم تكن مستمدّة روحها من روح الشعب ويقظته والبوليس وعدل القضاء وكل الأمة قلبا وقالبا فليس لها أى قوة فى تخفيف مصائب الدعارة ففى أمسـتردام مثلا نجد المواخير مستترة ثم أسماء منازل للبيت (Pensions) ولها العدد الكافى من الحوذية

وبوابى الفنادق وسطاء . وقد نجــد فى زوريخ (المتبعة قانون الالغــاء) كثيرا من الحوانيت لبيع الدخان وليس بها سوى علب الدخان الخالية منه وما هى فى الحقيقة إلا " أجنسية " (محل للسمسرة) للواخير . وقل أيضا عن الخانات (البارات) الأمريكانيـــة فانها ليست سوى مراكز لاعطاء المواعيــد والمقابلة فى الخارج ونجــد النوع المشابه لذلك كثيرا فى همبرج بألمــانيا المتبعة قانون الترخيص .

ان الترخيص بالمواخير يتبعه نوع من الرق والاستعباد . حيث يرى بها "الست" (أو المدام) مديرة المــاخورة تستأجر فتيات للدعارة وتأخذ لنفسها الأجرة على أن تحاسب العاهرة فيما بعد ذلك والحساب الغريب . أن الست تقاسم العاهرة بحق النصف نظير أجرة الحجرة والمأكل والنصف الآخر يذهب اليها أيضا سدى لدين لها صرف معظمه فى شراء الملبس والدخان أو بعض المصاغ أو لطبيب الخ . ان الدين فى مصر كما فى البلاد الأخرى له من الفوائد أكثر من الضعف وبذا تكون العاهرة دائما وأبدا مدينة . ومهما رزقها الله من الزبائن (السقع) ولم تمرض اذا ساعدها حظها وعناية الله لا تسدد ما عليها من الديون . لأنه اذا رأت الست أن إيراد الفتاة كثير فلا تعــدم وسيلة فى تحسين بعض الأشياء لها لاقراضها . وأما اذا رأت قلة الايراد بعد الدين أو سوء الحظ فى الأمراض فمــا عليها إلا أن توزعها وفى الاصطلاح تبيعها لست أخرى بدينها وربما زيادة . وكم من ربح جناة " الغربى " من ذلك ! ! والظاهر أن الممــالك التى استبدلت الترخيص بالالغاء . مع التطور الاخلاقى العالمى الحالى لاترجع للترخيص

ثانيــا . وأنـــ ارتفاع المستوى الأدبي لا يتناسب مع وجوده وعادة تستأجر العاهرة حجرة من منزل فى حى الفقراء وقد تتخذها مركزا لزبائنها اذا آنست ضـعفا منهم أو عدم اكتراث جيرانهـا بأمرها وإلا فتسعى لأن تقضى لباناتها فى الخارج وتجعل هذه الحجرة لراحتهـا فقط . وكان بعض الممـالك يحـرّم على المـالك استئجار منزله لعاهرة وتشركه فى المحاكمـة فاكتظت المنـازل للبيت (Pensions) بالعاهرات ومن البـديهى أن مسألة تأثير وجود المـواخير أو عدم وجودها الرسمى هى جزء من المسألة العويصة ـــ مسألة الدعارة ـــ وقد وجد أيضا أن وجود المواخير أو عدم وجودها لا يؤثر مطلقا فى إكثار أو تقليل مشى العاهرات فى الشوارع فتقل فى بعض الممـالك وتكثر فى البعض الآخر وذلك يتبع ما يستعمله الشرطى من الحزم أو الاهمال فى تطبيق القانون .

قد ينتج عن تنفيــذ الالغاء انتشار وسكن العاهرات فى كل شارع من شوارع المدينة ومضايقة العائلات الشريفة فى السكن وهذه مسألة جديرة بالتفكير ويلزمنا مقابلة تقارير بعض الممـالك التى استبدلت الترخيص بالالغاء والتى تشير الى عدم حصول شيء من ذلك عمليا ، بكثير من الحذر والحيطة وهـذه هى أكبر نقط الضعف فى قوانين الالغاء المقيد . يقابلها ارتشاء البوليس وتسهيل وجود نوع من الرق فى قوانين الترخيص .

إن سلاح الالغاء هو معاملة العاهرات كمتشردات فى الشوارع بعـد انذارها مرة أو مرتين وقد تسجن فى الثالثة انه فى نظرى سلاح بارد والاعتماد عليـه فى محاربة الدعارة حيث لا يقع فيـه إلا العاهرة الغبية معناه ترك

الدعارة وشأنها ؛ ان المتشرد هو الشخص الذى ليس له مأوى ولا صناعة وأما العاهرة فلها مأوى وصناعة فتطبيق قانون التشرد على العاهرات هو عين الخلط فى القوانين . وكثيرا ما تفلت العاهرة من القانون بادعائها أنها خادمة لامرأة عجوز فى منزلها والحقيقة أن المرأة العجوز هى حارسة وخادمة العاهرة . فالاحصائيات التى فى صالح قانون الالغاء إحصائيات لا قيمة لهـا ، ومعناها الافلاس التـام فى محاربة الدعارة ، وترك المسألة لنفسها .

وقد قيل أيضا : إن عدد القوادين يزداد فى الممـالك التى بها قوانين الغاء ولكن الحقيقة هى أن النسبة غير متأثرة بالمرة لأن كثيرا من المواخير تستخدم وتأوى عددا ليس بالقليـل من القوادين . فكل عاهرة لهـا قواد يستجلب لها الزبائن ويدافع عنها عند اقتضاء الضرورة . والواقع أن مسألة القوادين هى جرثومة فساد لا يمكن استئصالها .

وقد ذكر بعضهـم أن من حسنات الترخيص حصر عدد العاهرات وسير الدعارة . ولكن الالغاء لا يمنع ذلك مطلقا فهناك احصائيات وافية عن ذلك فى مكاتب بوليس الممـالك المتخذة الالغاء قانونا لهـا . إن همة البوليس ليست قاصرة على معرفة الأشقياء والمجرمين والمتشردين فقط وانما يمكنه بما له من قوة التنفيذ أن يصرف الكثير من العاهرات والدعارة . أما البوليس الانجليزى فلا يدعى نفســه معرفة شىء عن الدعارة أو عدد العاهرات فى أى بلد لأن هذا لا يهمه البحث عنه وقد يتعقب القوادين من وقت لآخر ويقدمهم للمحاكمة .

ولا يجد فى ذلك صعوبة . ويضع البوليس الانجليزى مراقبة شديدة على القهاوى وصالات الرقص وصالات المسكر لعلمه بالعلاقة الشديدة بينها وبين العاهرات كما أوضحنا ذلك .

إن اتبــاع قانون الالغاء لاشك أنه يريح البوليس من مشاغل كثيرة ويقلل نسبة الرشوة والمحاباة ونذكر هنا أيضا أن بعض الممالك المتبعة قانون الالغاء ليست محرومة من البوليس الأدبى وهو قوة عاملة فى محاربة الدعارة وأما فى انجلترا فلا يوجد لهذا النوع من البوليس أثر .

وقصارى القول أن الترخيص له مزايا عديدة وكذلك الالغاء لا يخلو من بعضها وكل أمة يجب أن تتبع ما يناسب شعبها وأما فى مصر فيجب متابعة الترخيص حتى يرتقى المستوى الأخلاقى للشعب وخصوصا البوليس وحتى تنتشر فى البلاد الدعاية الكافية ضد الأمراض الناشئة عن الدعارة وكذا فتح العيادات السرية فى معظم بلدان القطر وبغير ذلك لا يمكننا اتباع قانون الالغاء .

وقد عرفنا فيما مضى أن الترخيص والالغاء لا يؤثران مطلقا فى انتشار الأمراض السرية وعدم انتشارها بين الشعب .

(مطبعة دار الكتب المصرية ٥٠٢/١٩٢٧/٥٠٠)